

La rilevazione
della **qualità percepita**
nei servizi di degenza



INDICAZIONI METODOLOGICHE REGIONALI

Il documento è stato predisposto all'interno del Progetto "Cittadini, comunità e Servizi" dell'Area di programma Accreditamento e Qualità. La redazione è a cura di

Vittoria Sturlese

Barbara Calderone

Luigi Palestini

Maria Augusta Nicoli

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

Si ringraziano tutti i referenti aziendali che hanno contribuito alla elaborazione del documento

(gli Enti si riferiscono alle affiliazioni al momento dello svolgimento delle ricerche e dei progetti presentati)

Laura Aldrovandi Azienda USL di Modena

Monia Baldi Azienda USL di Ferrara

Sara Baruzzo Azienda USL di Reggio Emilia

Camilla Berni Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Anna di Ferrara

Luana Bolzoni Azienda USL di Piacenza

Mirella Cantaroni Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

Maria Caroli Azienda USL di Ravenna

Roberto Caroli Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Teresa Castrioto Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

Loredana Cerullo Azienda ospedaliera ASMN di Reggio Emilia

Cristiana Damini Azienda USL di Parma

Alessandra Dell'Orto Azienda USL di Imola

Monica Dotti Azienda USL di Modena

Maria Gallicani Azienda USL di Parma

Agnese Fabbri Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola di Bologna

Luigina Fabbri Azienda USL di Forlì

Liana Farolfi Azienda USL di Cesena

Federica Filippini Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola di Bologna

Anna Maria Longanesi Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola di Bologna

Maurizio Mazza Azienda USL di Piacenza

Emanuela Montanari Azienda USL di Ferrara

Loretta Muraro Azienda USL di Bologna

Daniela Negrini Istituti Ortopedici Rizzoli

Antonella Padovani Azienda USL di Imola

Maria Luisa Panza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Anna Pavani Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola di Bologna

Enzo Pistocchi Azienda USL di Cesena

Cinzia Pizzardo Azienda USL di Ferrara

Elisabetta Rebecchi Azienda USL di Rimini

Luca Santini Azienda USL di Rimini
Catia Sintoni Azienda USL di Ravenna
Elisabetta Toschi Azienda USL di Forlì
Alessandro Tucci Istituti Ortopedici Rizzoli
Giorgio Zanzani Azienda USL di Rimini

Si ringraziano per la collaborazione

Tiziana Mancini Università di Parma – Facoltà di Psicologia
Laura Borghi Università di Parma – Facoltà di Psicologia

Indice

PREMESSA	7
1. Indicazioni metodologiche regionali	
1.1. Obiettivi	13
1.2. Metodologia	13
1.2A Strumenti	13
1.2B Modalità di somministrazione	16
1.2C Campione	18
1.2D Periodo di rilevazione	19
1.2E Immissione, trattamento ed elaborazione dei dati	19
1.2F Restituzione dati e comunicazione	20
1.3. Focus sul campionamento	22
1.3A Campionamento probabilistico: a grappoli e stratificato	22
1.3B Campionamento non probabilistico: accidentale o per quote	26
2. I protocolli aziendali	
2.1. Piano attuativo regionale	31
2.2. Protocollo Area Vasta Romagna	35
Allegato 1. Progetto di formazione: indagine di qualità percepita nelle aree di degenza	39
Allegato 2. Progetto di formazione: corso di statistica di base	41
Allegato 3. Piano Triennale aziendale 2010-2012	43
2.3. Protocollo Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola Malpighi	47

Allegati – Il questionario regionale (a disposizione dell'Assr; accesso su richiesta)

Questionari per la somministrazione in ospedale

Allegato 1. "La qualità della cura in ospedale" - V1 OSP 57

Allegato 2. "La qualità della cura in ospedale" – V2 OSP 65

Allegato 3. "La qualità della cura in ospedale" – V3 OSP 73

Questionari per la somministrazione a casa

Allegato 4. "La qualità della cura in ospedale" - V1 CASA 83

Allegato 5. "La qualità della cura in ospedale" – V2 CASA 91

Allegato 6. "La qualità della cura in ospedale" – V3 CASA 99

PREMESSA

Obiettivo di questo documento è rendere disponibile per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna un percorso di misurazione della qualità percepita dagli utenti ricoverati nei **reparti di degenza** che, sulla base di una metodologia e di strumenti di rilevazione comuni, consenta confronti tra le diverse Aziende e delinea la percezione di qualità a livello regionale.

Nella prima parte del documento è stato definito un pacchetto metodologico complessivo, che comprende anche una serie di raccomandazioni operative sull'applicazione del questionario per le Aziende sanitarie che vogliono rilevare la soddisfazione del ricovero ospedaliero. La costruzione del pacchetto è scaturita dalle valutazioni sul questionario e da discussioni con i referenti aziendali orientate all'individuazione degli aspetti pratici e applicativi dello strumento.

La seconda parte è dedicata alle modalità e tempi di attuazione dell'indagine nelle singole Aziende; sono presenti inoltre alcuni dei Protocolli Metodologici aziendali che rappresentano elementi di specificità di alcuni contesti locali.

La rilevazione della soddisfazione dei pazienti e dei cittadini-utenti è perseguita con grande intensità dalle Aziende Usl e dalle Aziende Ospedaliere emiliano-romagnole da almeno un ventennio: infatti sono state realizzate molte ricerche legate al tema della qualità percepita (dal punto di vista del cittadino/dal lato del cittadino).

Benché le ricerche siano state caratterizzate da un elevato grado di eterogeneità e da livelli diversi di complessità, possiamo rintracciare alcuni elementi che stavano a base delle esperienze concrete: la multisettorialità, realizzata attraverso lo studio di livelli diversi dell'organizzazione (quali UU.OO. interessate, attori politici, manager, professionisti, volontariato e pazienti); la multi professionalità, che indica il coinvolgimento di differenti parti nel lavoro (medici, infermieri, operatori, volontari, ricercatori, pazienti e famigliari) attraverso partecipazione alla progettazione, alla ricerca di sfondo, alla definizione del percorso e fino alla rilevazione sul campo; l'integrazione metodologica, ovvero l'utilizzo congiunto di metodologie qualitative e quantitative.

In termini sintetici, ci si è orientati verso una concezione condivisa della qualità. Bisogna tuttavia rimarcare che ancora fino a qualche anno fa erano evidenti ulteriori possibilità di sviluppo del sistema. In particolare:

1. Occorreva una maggior sistematizzazione delle indagini, attraverso l'integrazione e la messa in rete degli strumenti operativi
2. Risultava carente l'integrazione della qualità percepita con altri aspetti del "sistema qualità" aziendale (ad es. sistema delle segnalazioni dei cittadini, processo di accreditamento, valutazione integrata dei risultati).

Fra le attività dell'Area Accreditamento e Qualità/Funzione Cittadini, comunità e servizi, delineate all'interno del Piano Programma 2007-2009 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale (Delibera della Giunta regionale, n. 124 del 12/2/2007) hanno quindi trovato spazio lo "sviluppo e la diffusione delle competenze e degli strumenti necessari a sostenere e facilitare i processi di gestione della qualità e dell'ascolto/coinvolgimento dei cittadini". In particolare all'inizio del 2007 venivano evidenziate le seguenti priorità di lavoro:

- predisporre a partire dal Dossier 127/2006 "La qualità percepita in Emilia-Romagna", ulteriori strumenti per la valutazione dell'ascolto dei cittadini;
- mettere ordine agli strumenti per la raccolta delle segnalazioni sintetiche e per l'ascolto dei cittadini;
- creare un "Laboratorio" sulla qualità dalla parte dei cittadini per dare sistematicità e continuità ai processi in atto o già sperimentati;
- elaborare strumenti con matrice comune che consentano un utilizzo condiviso delle informazioni raccolte.

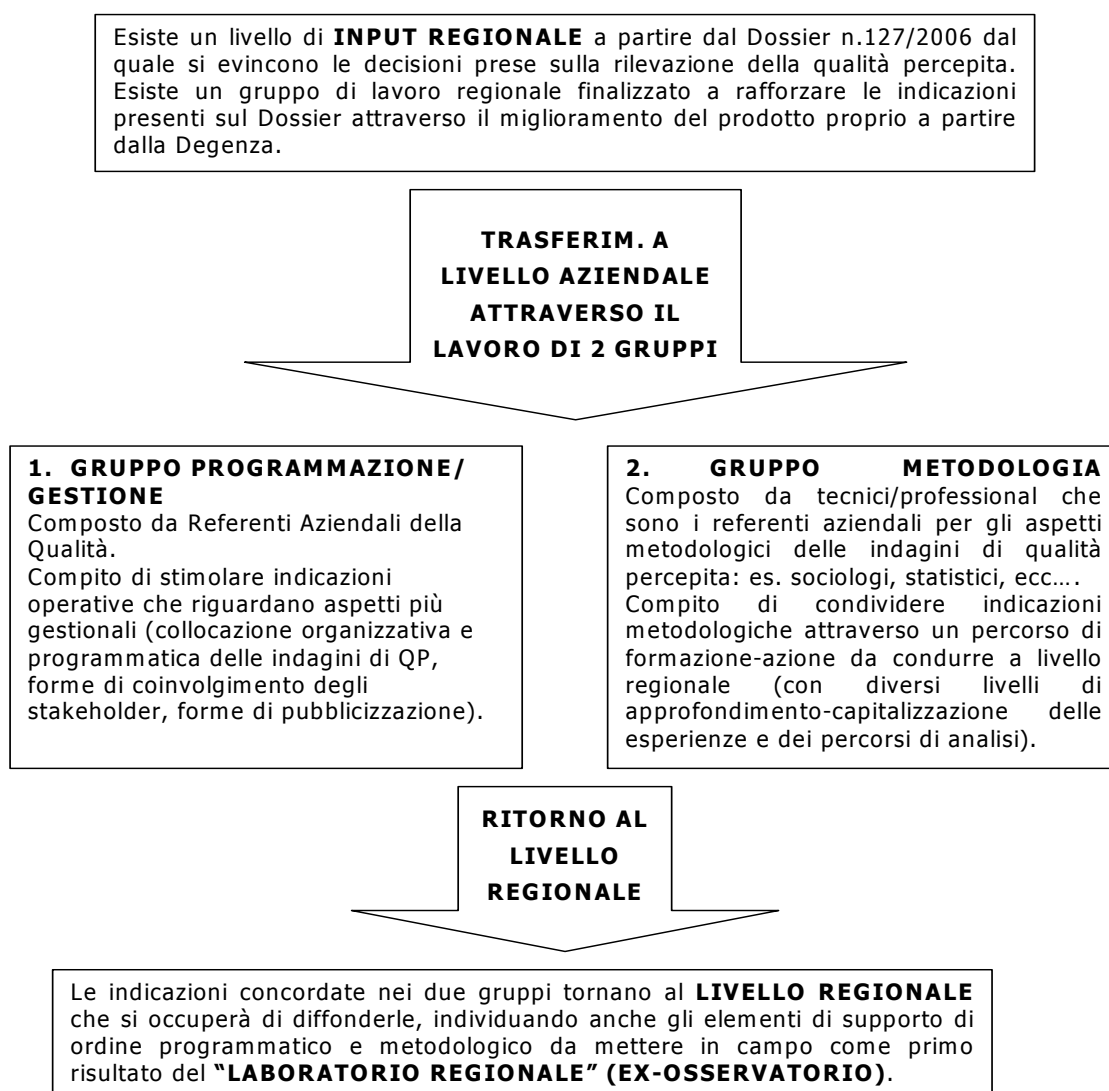
Nel corso del 2007 sono stati quindi costituiti, anche su richiesta delle singole Aziende, **4 gruppi di lavoro** per approfondire questi temi in diversi servizi aziendali (Laboratorio...lavori in corso, Pronto Soccorso, Terapia Intensiva, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche), fra i quali uno in particolare - **gruppo "laboratorio....lavori in corso"** aveva il mandato di ipotizzare un "laboratorio" regionale sulla qualità che valorizzasse le informazioni e le esperienze aziendali dedicate all'ascolto dei cittadini, in particolare quelle relative alla rilevazione della "qualità percepita". I lavori hanno preso avvio dal settore più ampiamente esplorato, ovvero quello della degenza ospedaliera, sul quale da anni le Aziende stanno utilizzando uno

strumento di rilevazione.

Il gruppo di lavoro nel biennio 2007-2009, ha condotto diverse attività di approfondimento che hanno prodotto:

1. **DOCUMENTI DI MONITORAGGIO DELL'ESISTENTE** sulle indagini di Degenza condotte in ogni Azienda e sui questionari aziendali utilizzati nelle UU.OO. di Degenza, sulle politiche aziendali volte alla promozione della rilevazione della qualità percepita e su altre indagini che non riguardano prettamente le UU. OO. di Degenza.
2. **PERCORSI FORMATIVI** volti ad approfondire aspetti della metodologia delle indagini di qualità percepita nelle UU.OO. di Degenza. Tali attività hanno permesso il consolidamento di un gruppo regionale di esperti, chiamato **"RETE METODOLOGIA"**
3. **MODELLO REGIONALE VALIDATO** di questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale **"La qualità della cura in ospedale"**
4. una prima ipotesi di costituzione di "flusso informativo", a partire da un set minimo di item che ogni Azienda dovrebbe eventualmente rilevare, che presenti caratteristiche di flessibilità e agilità di utilizzo.

Fig.1 - Percorso di lavoro 2007-2009



Si può dire che ora i tempi sono maturi per proporre delle **"Indicazioni Metodologiche Regionali"** per la rilevazione della qualità percepita nelle UU.OO di Degenza.

Nel **Piano sanitario e sociale della Regione Emilia-Romagna (2008-2010)** si pone infatti una duplice attenzione a:

- ✓ adozione di logiche e culture organizzative improntate all'ascolto e coinvolgimento del cittadino e della comunità;
- ✓ impegno delle organizzazioni e delle professioni verso l'integrazione, espresso al livello della definizione delle politiche, dei comportamenti istituzionali, della programmazione, della gestione.

Inoltre nelle **"Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2009"** (Allegato B, Par.16 al punto B) si fa specifico riferimento allo sviluppo di azioni per il miglioramento del rapporto di fiducia fra l'organizzazione sanitaria, i suoi servizi e gli utenti/cittadini nell'ottica dell'*empowerment* dei cittadini e della comunità, alla definizione di politiche di salute e benessere e di politiche dei servizi quale garanzia di riconoscimento delle diversità nel rispetto dell'equità. Le modalità operative già in atto, sulle quali il documento chiede a ogni Azienda un ulteriore sforzo di miglioramento sono:

- ✓ sviluppare e realizzare progetti di valutazione della qualità dei servizi percepita dai cittadini/utenti, utilizzando i metodi e gli strumenti allo scopo forniti;
- ✓ mettere a punto progetti o sperimentazione di modalità e tecniche per il coinvolgimento attivo dei cittadini nell'analisi dei servizi erogati e per il loro miglioramento;
- ✓ mettere a punto un report relativo alla valutazione "dalla parte dei cittadini" che integri le informazioni acquisite dalle varie fonti (gestione delle segnalazioni, ricerche ad hoc, verifiche attive) e preveda anche gli opportuni riferimenti al report della gestione del rischio.

Il documento qui proposto rappresenta quindi uno dei tanti strumenti di facilitazione dell'attività di rilevazione della qualità percepita ai fini di una maggior aderenza agli obiettivi di miglioramento proposti a livello regionale e di una progressiva omogeneizzazione delle pratiche aziendali pur nel rispetto delle singole specificità.

1 – Indicazioni metodologiche regionali

1.1 Obiettivi

Lo scopo generale delle "Indicazioni metodologiche regionali" per la rilevazione della qualità percepita nei servizi di degenza, è quello di accrescere le opportunità di miglioramento del servizio sanitario anche attraverso forme di dialogo ed ascolto dei cittadini in merito a specifici percorsi di cura ed assistenza. A tal fine si intende:

- Ottenere e organizzare informazioni dalla parte dei cittadini rilevanti per la programmazione aziendale e regionale.
- Fornire alle Aziende sanitarie della regione la possibilità di utilizzare uno strumento validato di natura quantitativa per la rilevazione dei dati della soddisfazione e per un confronto sui risultati di performance conseguiti nella valutazione di cittadini e utenti, al fine di attivare percorsi di miglioramento della qualità delle prestazioni e delle relazioni di servizio.
- Mettere in rete le iniziative aziendali innovative o efficaci per lo sviluppo di una cultura organizzativa centrata sul paziente e la cittadinanza (buone pratiche, azioni di miglioramento).
- Dare sistematicità e visibilità ai risultati conseguiti.

1.2 Metodologia

1.2A Strumenti

Il questionario è strutturato per rilevare le caratteristiche di qualità dell'assistenza ricevuta nei reparti di degenza ordinaria (almeno 2 giorni di ricovero) e potrebbe pertanto non essere opportuno utilizzarlo per indagare la qualità delle Unità operative di *day hospital*, di *day surgery* o in Unità Operative particolari (Terapia Intensiva, Pronto Soccorso, Lungodegenza).

L'Assr ha adattato lo strumento a due tipi di somministrazione (in ospedale e a casa), anche se possono essere scelte a discrezione di ogni Azienda, altre modalità fra quelle descritte in apposita sezione (1.2B Modalità di somministrazione).

L'output finale consiste in:

- **TRE VERSIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE IN OSPEDALE (Allegati 1-2-3)**
- **TRE VERSIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE A CASA (Allegati 4-5-6)**

Le tre versioni validate differiscono esclusivamente per la presenza o meno di una domanda (item n.14: "Alla luce della sua esperienza di ricovero, quanta importanza attribuisce a ciascuno dei seguenti aspetti dell'assistenza e della cura ospedaliera?"). In particolare nella versione 1 del questionario, la domanda 14 è presente nella sua formulazione più complessa, nella versione 2 è stata formulata in modo più semplice e nella versione 3 non è presente.

Per la somministrazione a casa è presente l'item 17a. "Al momento in cui è stato/a dimesso/a come andava in generale la sua salute?"; per la somministrazione in ospedale questo item è assente.

Sono altresì disponibili versioni del questionario tradotte nelle lingue oggi più parlate dall'utenza straniera: inglese, francese, arabo, cinese, albanese e rumeno.

E' possibile aggiungere nuovi item o intere aree tematiche, in base alle necessità aziendali, purché siano posizionate in fondo al questionario, dopo la domanda aperta: "Quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità dei servizi di ricovero e cura?" e prima della sezione anagrafica.

Il questionario si compone complessivamente di 20 domande sull'esperienza relativa alla prestazione ricevuta e 9 sulle caratteristiche socio-anagrafiche dell'intervistato (sesso, età, titolo di studio, condizione professionale, luogo di residenza, nazionalità, stato civile e situazione di convivenza), più uno spazio finale che consente di raccogliere suggerimenti per migliorare la qualità del servizio.

La sezione iniziale, la cui compilazione è a cura dell'Azienda, evidenzia il numero identificativo del questionario, il periodo di compilazione, il Presidio e il Reparto/Unità Operativa di ricovero, e la modalità di somministrazione.

Il questionario è scandito per **fasi del percorso** (prima, durante e dopo la prestazione) e suddiviso in **aree di indagine** (personale, privacy, gestione del dolore, aspetti organizzativi, ambienti e aspetti alberghieri). Ogni area tematica propone l'analisi di specifici aspetti del servizio (dimensioni della qualità) attraverso una serie di domande. Il questionario raccoglie infatti la valutazione su:

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

Per valutare i singoli aspetti viene utilizzata una scala bilanciata a 6 valori, 3 giudizi positivi e 3 negativi: del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato, adeguato, molto adeguato e del tutto adeguato. Come si nota, si è optato per una scala che chiede espressamente a ogni utente di esprimere una valutazione in termini positivi o negativi del servizio indagato ed evita giudizi neutri. Viene inoltre fornita la possibilità del "non so".

Nella pagina seguente vengono riportate le dimensioni della qualità indagate suddivise per fasi del percorso: **prima, durante e dopo la prestazione.**

FASE 1: PRIMA DELLA PRESTAZIONE

Area di indagine	Dimensioni della qualità indagate
Aspetti organizzativi	<ul style="list-style-type: none">- Modalità di accesso (programmato, d'urgenza, altro)- Tempi d'attesa tra prenotazione e ricovero (se programmato)- Tempi d'attesa tra arrivo in reparto e momento in cui è stato dato il letto
Personale	<ul style="list-style-type: none">- Informazioni ricevute prima del ricovero- Materiale informativo ricevuto al momento del ricovero

FASE 2: DURANTE-LA PRESTAZIONE RICEVUTA

Area di indagine	Dimensioni della qualità indagate
Personale	<ul style="list-style-type: none">- Cortesia/gentilezza del medico- Cortesia/gentilezza dell'infermiere- Ascolto delle esigenze da parte del medico- Ascolto delle esigenze da parte dell'infermiere- Informazioni su condizioni di salute da parte del medico- Informazioni sui rischi legati alle cure da parte del medico- Tempo dedicato da parte del medico- Capacità di mettere a proprio agio da parte dell'infermiere- Disponibilità a dare chiarimenti da parte dell'infermiere- Aiuto ricevuto per la propria igiene personale (personale non sanitario)
Privacy	<ul style="list-style-type: none">- Nello scambio di informazioni riservate- Nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza
Trattamento del dolore	<ul style="list-style-type: none">- Informazioni sul trattamento del dolore- Terapia del dolore
Aspetti organizzativi	<ul style="list-style-type: none">- Collaborazione tra il personale- Comunicazione con altri reparti- Orari di visita
Ambienti	<ul style="list-style-type: none">- Manutenzione delle strutture e dei locali- Pulizia delle stanze e dei corridoi- Pulizia dei bagni- Temperatura delle stanze- Tranquillità nel reparto- Disponibilità di spazio nelle camere
Servizi alberghieri	<ul style="list-style-type: none">- Qualità del cibo- Possibilità di scelta del menù- Orari dei pasti- Igiene della biancheria dei letti- Comodità dei letti

FASE 3: DOPO LA PRESTAZIONE

Area di indagine	Dimensioni della qualità indagate
Personale	<ul style="list-style-type: none">- Informazioni cure da seguire a casa- Informazioni controlli successivi da effettuare- Informazioni sintomi da tenere sotto controllo- Informazioni personale a cui rivolgersi
Valutazione complessiva	<ul style="list-style-type: none">- Importanza attribuita ad aspetti dell'assistenza- Valutazione complessiva- Rispetto delle aspettative- Percezione stato di salute- Suggerimenti

1.2B Modalità di somministrazione

Il questionario proposto può essere somministrato ai pazienti (solo in casi particolari è ammesso un aiuto da parte di un familiare o altra persona), in quattro modi:

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



UTILI CONSIGLI - PER TUTTI I TIPI DI SOMMINISTRAZIONE

- Individuare un gruppo di operatori referenti a livello aziendale per il coordinamento di tutta l'indagine: avranno cura del piano di somministrazione, dell'elaborazione dei dati, della stesura dei *report* e della loro diffusione.
- Identificare un responsabile per ogni Unità Operativa (ad esempio caposala) cui è assegnata la responsabilità del reclutamento dei soggetti e tutte le attività legate alle diverse fasi dell'indagine (individuazione e coinvolgimento del personale, promozione e comunicazione dell'iniziativa agli utenti, raccolta e archiviazione delle liberatorie firmate e dei questionari compilati, ...).
- Coinvolgere il personale affinché contribuisca alla buona riuscita dell'iniziativa e sensibilizzi il paziente alla partecipazione all'iniziativa.
- Affiggere all'interno di ogni unità operativa una comunicazione riportante le informazioni relative all'iniziativa.



UTILI CONSIGLI - AUTOSOMMINISTRAZIONE IN OSPEDALE

(CON RICONSEGNA PRIMA DELLA DIMISSIONE)

- Distribuire il questionario ai pazienti ricoverati il giorno prima della dimissione, non all'inizio del ricovero.
- Consegnare il questionario al paziente insieme a una lettera/nota informativa che spieghi le motivazioni e gli obiettivi dell'indagine, e a una busta per la restituzione del questionario compilato.
- Formare le persone addette alla consegna dei questionari (personale medico-infermieristico o esterni, come volontari, ...) sui comportamenti da tenere nel corso della distribuzione dei questionari.
- Predisporre un'apposita urna per la raccolta dei questionari compilati, da collocare in un'area ben visibile all'interno dell'unità operativa.



UTILI CONSIGLI - SOMMINISTRAZIONE CON INTERVISTA FACCIA-A-FACCIA

- Impiegare rilevatori esterni ai servizi di Degenza (studenti/specializzandi, volontari, personale dipendente amministrativo). Gli intervistatori devono essere adeguatamente preparati tramite formazione sulle tecniche di intervista da parte dei referenti aziendali.
- Consegnare prima della somministrazione una lettera di presentazione dell'indagine, corredata da informativa sulla privacy, che introduce i motivi, gli obiettivi, i soggetti promotori della ricerca, e che preannuncia a pazienti e familiari il loro coinvolgimento nel setting di una intervista.
- Predisporre una nota informativa relativa all'iniziativa da affiggere nella bacheca all'interno dell'Unità Operativa.
- Tenere conto, nella scelta delle modalità e dei tempi dedicati al coinvolgimento dei pazienti nell'indagine, dei suggerimenti dei professionisti dei reparti interessati dalla rilevazione, al fine di rispettare i momenti della routine giornaliera di pazienti e operatori (visite, cambi turno, somministrazione di terapie, ecc...).
- Cercare, per quanto possibile, di predisporre un *setting* d'intervista che permetta all'intervistato una sufficiente concentrazione e che gli permetta di esprimere liberamente le sue valutazioni (ad esempio senza la presenza di operatori).
- Prevedere la possibilità di coinvolgere un mediatore linguistico-culturale in fase di somministrazione se un paziente o i suoi familiari non sono in grado di comprendere i contenuti del questionario. In alternativa gli verrà consegnata la versione tradotta in una delle lingue disponibili (inglese, francese, arabo, cinese, albanese e rumeno).



UTILI CONSIGLI - AUTOSOMMINISTRAZIONE TRAMITE INVIO POSTALE A DOMICILIO

(CON RICONSEGNA POSTALE)

- Raccogliere preventivamente per ogni singolo degente la liberatoria per l'utilizzo dell'indirizzo e del numero telefonico per l'eventuale richiamata.
- Inviare a domicilio il questionario entro 15 giorni dalla dimissione.
- Inserire nella busta di invio una lettera di accompagnamento (possibilmente su carta intestata della struttura e a firma del responsabile) che introduca i motivi dell'indagine, spieghi chiaramente le modalità di compilazione/restituzione e garantisca l'anonimato.
- Allegare inoltre una busta pre-indirizzata (ed eventualmente pre-affrancata) per la restituzione del questionario compilato.
- Prevedere un eventuale richiamo telefonico a una settimana dalla dimissione per sensibilizzare i pazienti e ridurre il tasso di non risposte.



UTILI CONSIGLI - SOMMINISTRAZIONE TELEFONICA

- Raccogliere preventivamente per ogni singolo degente la liberatoria per l'utilizzo del numero di telefono e avvisarlo personalmente che dopo circa 15 giorni verrà contatto da un intervistatore.
- Contattare telefonicamente i degenti, non immediatamente dopo il ricovero, ma dopo circa 15 giorni dalla dimissione.
- Realizzare le interviste telefoniche utilizzando personale appositamente preparato e specializzato, che può essere eventualmente supportato da un sistema informatizzato di registrazione delle risposte (CATI).¹

Questi accorgimenti, apparentemente onerosi a livello sia economico che di tempo, garantiscono tuttavia livelli piuttosto elevati di ritorno e abbassano notevolmente il rischio di non risposte che, se troppo elevate, potrebbero rendere non significativa l'intera indagine.

¹ *Computer Assisted Telephone Interviewing.*

1.2C Campione

Sono previste due differenti modalità di campionamento (probabilistico e non probabilistico). La scelta del piano di campionamento è lasciata alla discrezione dell'Azienda in base ad un'accurata valutazione delle risorse disponibili.

- Campionamento probabilistico: selezione casuale dei soggetti da intervistare o del periodo di indagine (trimestre/quadrimestre) e stratificazione per U.O. dei soggetti che faranno parte del campione. Questa strategia garantisce un livello minimo di rappresentatività e riduce il numero di partecipanti da coinvolgere, sebbene vada specificato che in questa versione non porta automaticamente a una rappresentatività completa (considerato che l'unica variabile di stratificazione è il numero di dimissioni dell'U.O.)
- Campionamento non probabilistico: si scelgono i rispondenti all'indagine senza criteri definiti e il reclutamento avviene in modo accidentale. Questa strategia consente un risparmio di tempo e risorse, tuttavia implica una caduta in accuratezza e rappresentatività del campione – alla quale si può sopperire solo parzialmente ampliando il numero di partecipanti coinvolti e verificando ex-post la distribuzione di alcune caratteristiche fra i rispondenti (cfr. **UTILI CONSIGLI - PER TUTTI I TIPI DI CAMPIONAMENTO**).



ELEMENTI DI ATTENZIONE - PER TUTTI I TIPI DI CAMPIONAMENTO

- **Statistica inferenziale** – Permette di estendere a tutta la popolazione le conclusioni che si traggono dall'analisi delle informazioni relative al campione; perché ciò sia possibile, occorre sia che il processo di costruzione del campione (campionamento) rispetti determinate procedure sia che il campione presenti caratteristiche il più possibile simili a quelle della popolazione.
- **Casualità** - Un campione si può dire casuale quando tutti i membri della popolazione da cui viene estratto hanno la stessa probabilità di essere estratti e quindi di entrare a far parte del campione. La casualità è una caratteristica del procedimento di estrazione, non del campione.
- **Rappresentatività** - Un campione è rappresentativo se riproduce in scala ridotta le caratteristiche dell'intera popolazione oggetto di studio. La rappresentatività è una caratteristica del campione, che non viene garantita automaticamente e necessariamente dal procedimento di estrazione. Paradossalmente si possono avere campioni estratti casualmente che però non sono rappresentativi di alcune caratteristiche della popolazione. La rappresentatività si valuta confrontando le distribuzioni di determinate proprietà nel campione e nella popolazione.
- **Campione probabilistico** – quando tutti i membri della popolazione da cui viene estratto hanno la stessa probabilità di essere estratti, ovvero di entrare a fare parte del campione.
- **Campione non probabilistico** - quando non vi è per tutte le unità della popolazione la stessa possibilità di essere scelte a far parte del campione, ovvero la scelta dei soggetti non è effettuata in base alla casualità, ma ad altri criteri (logici, di opportunità, di disponibilità, di obiettivi di ricerca ...).



UTILI CONSIGLI - PER TUTTI I TIPI DI CAMPIONAMENTO

- Verificare la disponibilità di risorse e di tempo da dedicare all'indagine;
- Stabilire e verificare i tassi di adesione all'indagine e di validità delle risposte;
- Stabilire quali caratteristiche della popolazione (ad es. età, sesso, nazionalità...) devono essere riprodotte dal campione;
- Verificare ex-ante la rappresentatività del campione per Unità Operativa o Dipartimento;
- Verificare ex-post (a seconda della ipotesi di campionamento scelta) che le caratteristiche dei rispondenti (es.: età, sesso e nazionalità) non si discostino in modo significativo da quelle dei ricoverati (la scelta di un campionamento probabilistico consente di eliminare dai controlli ex-post la verifica del bilanciamento del campione per U.O.).

Per maggiori dettagli tecnici sulle due differenti tecniche di campionamento si rimanda al Paragrafo 1.3.

1.2D Periodo della rilevazione

A ogni Azienda viene richiesto di programmare e svolgere l'indagine su tutti i servizi di Degenza in un arco temporale triennale (in questo caso 2010-2012).

Le modalità di coinvolgimento delle diverse strutture (Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Unità Operative) e la scansione temporale all'interno del triennio possono essere programmate a livello locale.

1.2E Immissione, trattamento ed elaborazione dei dati

Le modalità di input dati possono essere sia di tipo manuale sia di tipo elettronico (con lettore ottico).

L'immissione dei dati è a carico delle Aziende.

L'Agenzia sanitaria e sociale regionale – Area Accreditamento e Qualità (Cittadini, comunità e servizi) si rende disponibile a fornire:

- il data-base per l'input dati nel formato elettronico più opportuno per la struttura (Excel, SPSS; Epinfo);
- un piano di elaborazione regionale;
- l'elaborazione dei dati per un report di ricerca regionale;
- indicazioni sull'interpretazione dei dati e stesura del report di ricerca regionale e aziendale in collaborazione e confronto continui con i referenti delle indagini di qualità percepita e con i referenti degli Uffici Qualità delle Aziende coinvolte nell'indagine.

La scelta delle diverse tipologie di elaborazione risponderà all'esigenza di verificare gli obiettivi della ricerca:

- descrizione caratteristiche socio-anagrafiche dei pazienti (rispondenti e non);
- descrizione dei giudizi forniti su tutti gli item o dei giudizi complessivi dei pazienti – eventualmente evidenziando differenze in base alle variabili socio-demografiche o ad altre variabili ritenute attinenti al piano di ricerca (es. U.O., Dipartimento, Azienda...)

Le elaborazioni necessarie per la verifica delle suddette ipotesi sono:

- Analisi descrittive (mono e bivariate)
- Analisi multivariate
- Definizione dei valori soglia (soddisfatti/insoddisfatti) e delle mappe (priorità d'intervento/positività)
- Costruzione di indicatori di sintesi (indice di soddisfazione complessiva)
- Eventuale ricodifica delle variabili in base al senso delle scale

Figura 1. Schema della scala di valutazione

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

- Confronto relativo: con altre Aziende, fra Unità Operative, trend storici, ecc...



UTILI CONSIGLI - IMMISSIONE, TRATTAMENTO ED ELABORAZIONE DEI DATI

- Prevedere un momento formativo rivolto a coloro che si occuperanno dell'input dati sulle accortezze e i criteri da rispettare in fase di codifica, immissione dati, archiviazione dei cartacei e dei file informatici;
- Definire un piano di elaborazione dei dati per un report di ricerca aziendale.

1.2F Restituzione dati e comunicazione

La comunicazione dei dati costituisce una fase importante, uno strumento per creare o rafforzare la relazione fra l'organizzazione sanitaria e il sistema sociale in cui essa offre le proprie prestazioni. I dati costituiscono un elemento utile alle Direzioni per la valutazione dei servizi, ma rappresentano soprattutto la prova tangibile dell'impegno nei confronti degli utenti e degli operatori coinvolti nel percorso di indagine.

I feedback esterni ed interni creano le basi per una partecipazione attiva e continuativa nel sistema di monitoraggio. Allora occorre chiedersi continuamente a chi si comunica (Direzione aziendale, singole UU.OO., singoli professionisti, utenti, Associazioni di volontariato) e soprattutto quali sono le modalità più adatte ad ogni target di ascolto (sulla base delle quali ipotizzare differenti tipologie di reportistica).

Si propone qui il risultato di un importante lavoro di analisi condotto dai responsabili degli Uffici Relazioni col Pubblico aziendali, pur nella consapevolezza che esso meriti ulteriori approfondimenti:



UTILI CONSIGLI – RESTITUZIONE DATI E COMUNICAZIONE

CON CHI CONDIVIDERE I RISULTATI EMERSI

Per utilizzare in modo significativo i risultati emersi è importante dividerli con gli *stakeholder* cioè con coloro che a vario titolo sono coinvolti in processi decisionali che riguardano i servizi sanitari:

- Pazienti e cittadini
- Professionisti/UU.OO.
- Direzioni aziendali
- Comitati Consultivi Misti aziendali (CCM)

I pazienti hanno impiegato del tempo per raccontare la loro esperienza per cui è importante che essi siano informati sui risultati (ad esempio tramite incontri locali, newsletter ed articoli sulla stampa locale). Nel restituire i risultati può essere utile invitare le persone a contribuire con le loro idee su come i servizi possono essere migliorati e suggerire dei modi nei quali possono essere coinvolti se lo desiderano.

I professionisti dell'azienda dovrebbero essere coinvolti nel processo di sviluppo di nuove idee dato che saranno responsabili nel trovare soluzioni ai problemi evidenziati dai pazienti.

È importante che anche le Direzioni aziendali siano informate sulle risultanze dell'indagine e che siano coinvolte nel trovare aree di priorità ed elaborare piani delle azioni. Il loro supporto è cruciale per realizzare i cambiamenti.

I risultati devono anche essere resi disponibili ai componenti dei CCM aziendali che giocano un ruolo chiave nei momenti di confronto con la dirigenza nel fornire pareri sulle priorità.

COME CONDIVIDERE I RISULTATI EMERSI

I risultati delle indagini possono essere diffusi e comunicati con varie modalità. E' anche molto importante elaborare strategie di comunicazione mirate e differenziate in modo da raggiungere tutti gli *stakeholder*.

1. PREPARARE CON CURA

- predisporre un gruppo di coordinamento delle modalità di comunicazione;
- assicurarsi che i professionisti conoscano le caratteristiche gestionali e le caratteristiche informative del "Sistema di rilevazione della qualità percepita";
- individuare in ogni Dipartimento una persona con la responsabilità di diffondere i risultati all'interno delle Unità Operative che ne fanno parte.

2. DIFFONDERE

- condurre presentazioni dei report alla propria dirigenza e al maggior numero possibile di gruppi di professionisti, assicurandosi di predisporre gli incontri in modo appropriato a seconda dei diversi uditori;
- assicurarsi che il CCM aziendale abbia i risultati;
- organizzare un evento aziendale per pubblicizzare i risultati e invitare professionisti e cittadini a contribuire ai piani di miglioramento;

- sensibilizzare i professionisti a tutti i livelli dell'azienda a contribuire con le loro idee per il miglioramento dell'esperienza degli utenti;
- informare i professionisti della disponibilità dei risultati del monitoraggio e delle proposte per il miglioramento.

3. PUBBLICIZZARE

- pubblicare i Report sul proprio sito web e dare ai lettori l'opportunità di rispondere con le loro idee;
- condividere l'informazione con altre organizzazioni (Associazioni di categoria, sindacati, Terzo Settore) sul proprio territorio incluse le autorità locali (Conferenza Territoriale sociale e sanitaria);
- fornire i risultati alle organizzazioni dei cittadini (Associazioni di volontariato e Associazioni di consumatori), e chiedere loro consigli e valutazioni;
- pubblicizzare i risultati tramite i mass media;
- inserire informazioni sui risultati sugli strumenti di comunicazione aziendale (ad es. Carta dei servizi, Bilancio di Missione);
- pubblicare i risultati possibilmente corredati di particolari sui piani di miglioramento sulla propria intranet aziendale.

4. FARSI CAPIRE

- assicurarsi che i Report siano presentati in una forma facilmente comprensibile (ricorda che non tutti sono esperti nel leggere grafici e nel comprendere i dati);
- i disegni esprimono in modo più immediato dei testi, quindi comunicare le informazioni in forma grafica, eventualmente in forma di poster, depliant o video che possono essere diffusi all'interno dell'organizzazione;
- focalizzarsi sui temi chiave che emergono dai risultati ed evidenziare sia le valutazioni positive che quelle negative;
- illustrare i temi con valutazioni di pazienti tratte dalle singole interviste o da altre fonti (per esempio i report annuali degli Uffici per le relazioni col pubblico) al fine di inquadrare i risultati nel contesto.

1.3 Focus sul campionamento

1.3A Ipotesi di Campionamento probabilistico (a grappoli per periodo e stratificato per U.O.)

Definizione: campionamento probabilistico, con selezione casuale del periodo di indagine (trimestre/quadrimestre) e dei soggetti che faranno parte del campione (stratificati per U.O.). Garantisce un livello minimo di rappresentatività e riduce il numero di partecipanti da coinvolgere, sebbene vada specificato che in questa versione non porta automaticamente a una rappresentatività completa (l'unica variabile di stratificazione è il numero di dimissioni dell'U.O.).

Elementi di contesto

Popolazione: persone ricoverate nell'arco di un certo periodo (6-12 mesi) nelle strutture ospedaliere delle Ausl/Aosp dell'Emilia-Romagna.

Obiettivi generali:

- coinvolgere nella rilevazione tutte le UU.OO. nell'arco di un anno/biennio/triennio
- somministrare il questionario a un campione di pazienti che sia rappresentativo dell'opinione di tutti i ricoverati a livello aziendale

Obiettivo specifico: rappresentatività di U.O.

- somministrare il questionario a un campione di pazienti per ogni U.O. che sia rappresentativo dell'opinione di tutti i ricoverati di ogni singola U.O. (ovvero poter effettuare inferenze statistiche a livello di U.O.)

Eventuali vincoli e caratteristiche da verificare:

- disponibilità di risorse e di tempo per la stesura del piano di campionamento, per il reclutamento e per la somministrazione;
- flussi di dimissione per singola U.O. nei diversi mesi dell'anno e nei singoli ospedali, da cui potrebbe emergere: eterogeneità del numero di dimessi in base alla U.O. (da meno di 10 unità all'anno a più di 5.000); stagionalità dei flussi di dimissione in alcuni reparti (mesi con picchi o gole); stagionalità dei flussi di dimissione a livello aziendale.

Gli obiettivi e vincoli, così come le caratteristiche dei flussi di dimissione, possono influire sulla modalità di selezione dei pazienti ricoverati e i criteri di calcolo della dimensione campionaria. Ciò significa che è possibile adattare alla propria realtà i criteri di scelta del periodo di selezione del campione.

Periodo di rilevazione e selezione dei pazienti intervistabili

Ogni Azienda sanitaria può condurre la rilevazione in tutte le aree di degenza ordinaria (è escluso il regime di *Day Hospital*) nell'arco di un anno, secondo una pianificazione definita in autonomia da ciascuna Azienda all'interno dell'anno (coerente e funzionale al processo di accreditamento).

Sono escluse dalla rilevazione (per la particolarità dell'assistenza fornita e dei pazienti ricoverati) le UU.OO. di:

- Pronto Soccorso (per cui esiste un questionario specifico)
- Terapia Intensiva (per cui esiste un questionario specifico)
- Hospice

A tale scopo si consiglia di sorteggiare o scegliere il periodo (trimestre/quadrimestre) di inizio nell'anno (escludendo eventualmente i mesi con picchi/gole di ricovero) che corrisponderà anche alla data di avvio della prima distribuzione dei questionari. Tale distribuzione procederà fino a raggiungere l'ampiezza campionaria indicata nel piano di campionamento, nei confronti di tutti i pazienti che saranno dimessi dalle UU.OO. inserite nella pianificazione di ogni Azienda.

In sintesi ogni Azienda redigerà un piano di campionamento selezionando casualmente:

- 1 trimestre/quadrimestre nell'anno (consigliabile svolgere l'indagine in almeno due periodi distinti a parità di numerosità campionaria)
[possibilità di selezionare casualmente anche il numero di settimane in cui effettuare la rilevazione. Per colmare la caduta di risposta, è possibile incrementare il numero di settimane ricavate dopo il calcolo di 1 o 2 settimane]
- il numero di unità da estrarre per ogni UU.OO., proporzionalmente al numero di dimessi nell'anno precedente

Tipo di campionamento e rappresentatività

Per dare modo di comprendere come si traduce in pratica (e quindi in cifre) questo tipo di campionamento, si prenderà ad esempio il calcolo effettuato per l'Ausl di Parma – Presidio Ospedaliero di Fidenza – S. Secondo.

La metodologia di rilevazione proposta utilizza un piano di campionamento probabilistico, con selezione casuale del periodo di indagine (per trimestre/quadrimestre, e se necessario per singole settimane) e della conseguente scelta dei soggetti che faranno parte del campione.

Di seguito si forniranno indicazioni: sulla numerosità campionaria in funzione della precisione delle stime richieste; sul numero di settimane di somministrazione del questionario ed un calcolo per le stime del totale.

Numerosità campionaria

Dovendo estrarre un campione di pazienti ricoverati nelle 10 Unità Operative che costituiscono il Presidio Ospedaliero, consideriamo per il calcolo del campione:

- Il campionamento a grappolo per la definizione del periodo di indagine (in questo caso 1 quadrimestre) selezionato casualmente tra i 3 quadrimestri in cui viene suddiviso l'anno.
- Il campionamento stratificato (lo strato è rappresentato dalla U.O.) delle unità (persone) da intervistare entro le UU.OO. del Presidio Ospedaliero, in base al quale la numerosità di ogni singolo strato è proporzionale sia alla dimensione dello strato che alla variabilità del carattere nel singolo strato.

Il calcolo della dimensione campionaria viene fatto in base al numero di persone ricoverate nei 12 mesi precedenti all'indagine. La procedura di stratificazione descritta di seguito consente di tenere in considerazione sia la proporzione di dimissioni per U.O. (cfr. *frequenza relativa*, 1° passaggio), sia la variabilità del numero di dimissioni per U.O. rispetto alla media aziendale (cfr. *scarto quadratico medio*, 2°-3° passaggio).

Calcolo della dimensione campionaria:

Dai dati storici del 2008 si conosce la frequenza assoluta (numero di pazienti dimessi) in ciascuna delle 10 Unità Operative.

Da questo dato è possibile ricavare la frequenza relativa (W_k) e lo scarto quadratico medio (**S.q.m.**) per ogni singola Unità Operativa. Ciò permette di valutare il peso del numero di dimessi per U.O. sul numero totale di dimessi nel Presidio.

DESCRIZIONE	TOT DIMESSI
Medicina d'urgenza	879
Cardiologia	350
Prima medica	657
Seconda medica	589
Neurologia	521
Ortopedia	810
Ostetricia Ginecologia	1248
Chirurgia	1180
Urologia	884
Lungodegenza P.A.	242
TOTALE	7360

MEDIA DEI DIMESSI:

7360/10 (n. di UU.OO. presenti nel Presidio)= **736**

☞ **1° passaggio - Calcolo della frequenza relativa entro ogni U.O (W_k)**

Es. $879/7360 = 0,119$ (11,9%, ovvero la Medicina d'Urgenza effettua l'11,9% dei ricoveri totali del Presidio)

☞ **2° passaggio - Calcolo dello scarto quadratico medio effettuato per ogni U.O. (strato)**

$$\text{S.q.m.} = \sqrt{(x_1 - M)^2 / n}$$

Es. $879-736 = 143$

$$\sqrt{(143)^2 / 879} = \sqrt{20.449/879} = \sqrt{23,26} = 4,79 \text{ (questo è lo scarto quadratico medio)}$$

Tabella 1. sono riportati i calcoli relativi alla stima di frequenze relative e allo scarto quadratico medio, per ciascuna delle 10 U.O.

Strati k – Unità Operative	Frequenza relativa dei dimessi W _k	s.q.m. per ogni U.O.σ _k
Medicina d'Urgenza	0,119	4,79
Cardiologia	0,047	20,61
Prima medica	0,089	3
Seconda medica	0,080	6
Neurologia	0,070	9,38
Ortopedia	0,110	2,44
Ostetricia/ginecologia	0,169	14,49
Chirurgia	0,160	12,92
Urologia	0,120	4,89
Lungodegenza	0,032	31,74

☞ **3° passaggio - Calcolo entro ogni U.O. (strato) W_kσ_k, in altre parole quanto ogni singolo valore relativo a ciascuna U.O. si discosta dal valore medio totale, e trasformazione di W_kσ_k in valore percentuale.**

Tabella 2. sono rappresentati i necessari calcoli per la stima del totale relativa ad ogni U.O. implicata.

Strati k – Unità Operative	Frequenza relativa dei dimessi W _k	s.q.m. per ogni U.O.σ _k	W _k σ _k *	$\frac{W_k \sigma_k}{(\sum W_k \sigma_k)} \times 100$
Medicina d'Urgenza	0,119	4,79	0,5700	6,1
Cardiologia	0,047	20,61	0,9686	10,4
Prima medica	0,089	3	0,267	3
Seconda medica	0,080	6	0,48	5,14
Neurologia	0,070	9,38	0,6566	7
Ortopedia	0,110	2,44	0,2684	3
Ostetricia/ginecologia	0,169	14,49	2,4488	26,2
Chirurgia	0,160	12,92	2,0672	22,15
Urologia	0,120	4,89	0,5868	6
Lungodegenza	0,032	31,74	1,0156	11
Totale (ΣW_kσ_k)			9,329	100

* *Nota:* Come calcolare W_kσ_k

Es. $0,119 * 4,79 = 0,57$

Di conseguenza:

$$(0,57/9,329)*100 = 6,1$$

 **4° passaggio - Calcolo della numerosità totale campionaria in base alla FORMULA:**

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Dove:

n = dimensione del campione

N= dimensione dell'universo di riferimento ovvero nel nostro caso il numero di dimessi nel Presidio Ospedaliero nell'anno 2008 (pari a 7360)

z= valore della variabile normale corrispondente al livello di fiducia del 95%, quindi pari a 1,96

e= errore di campionamento pari a 0,05

p= proporzione di soddisfatti ipotizzati nella popolazione e non avendo alcuna informazione e inoltre potendo essere diversa per i diversi quesiti è ragionevole porlo pari a 0,5. Tale valore corrisponde alla situazione di massima variabilità delle stime e quindi ci cautela "contro il peggio che può accadere".

Nel nostro esempio:

$$n = \frac{7360 \cdot 3,84 \cdot 0,25}{7359 \cdot (0,05)^2 + 3,84 \cdot 0,25}$$

$$n = \frac{7065,6}{19,357}$$

n= 365

Nota: è possibile utilizzare sistemi di calcolo automatico della numerosità campionaria presenti sul web.

Quindi occorrerà consegnare in ciascuna delle 10 U.O. (strato):

Es.: $(365 \cdot 6,1) / 100 = 22$ (approx.) per un totale di 365 pazienti dimessi.

Strati k – Unità Operative	Wk σk X100 (ΣWk σk)	n_k
Medicina d'Urgenza	6,1	22
Cardiologia	10,4	37
Prima medica	3	14
Seconda medica	5,14	18
Neurologia	7	26
Ortopedia	3	14
Ostetricia/ginecologia	26,2	92
Chirurgia	22,15	80
Urologia	6	22
Lungodegenza	11	40
Totale (ΣWk σk)	100	365

Tassi di adesione e validità delle risposte

È ritenuto accettabile un tasso di adesione all'indagine non inferiore al 95%, ovvero devono tornare nell'urna il 95% dei questionari distribuiti, indipendentemente dal fatto che questi siano poi da considerarsi validi o meno. Contribuiranno pertanto al raggiungimento di questa quota anche i questionari lasciati in bianco (ma presenti all'interno dell'urna) dai pazienti che decidono di non rispondere.

Saranno considerati validi e pertanto elaborati solamente i questionari con una percentuale di risposta alle domande superiore o uguale al 75%.

NB: per ridurre al massimo la quota di non rispondenti si consiglia di far partire la rilevazione in tutti i reparti nella medesima data dopo una importante e programmata campagna pubblicitaria (diffusione di depliant che annuncino l'indagine, comunicati stampa, coinvolgimento della associazioni di cittadini....) che favorisca al massimo la partecipazione degli enti e la collaborazione del personale.

1.3B. Ipotesi di Campionamento non-probabilistico (accidentale o per quote)

Definizione: campionamento non probabilistico, in base al quale si scelgono come rispondenti all'indagine le prime persone che capitano, senza criteri definiti. Implica una caduta in accuratezza e rappresentatività del campione – alla quale si può sopperire solo parzialmente ampliando il numero di partecipanti coinvolti e verificando ex-post la distribuzione di alcune caratteristiche fra i rispondenti.

Elementi di contesto

Popolazione: persone ricoverate nell'arco di un certo periodo (6-12 mesi) nelle strutture ospedaliere di una o più Ausl dell'Emilia-Romagna.

Obiettivi generali:

- coinvolgere nella rilevazione tutte le UU.OO. nell'arco di un anno/biennio/triennio
- intervistare un campione totale di pazienti che sia il più possibile rappresentativo dell'opinione di tutti i ricoverati a livello aziendale

IPOTESI 1

Obiettivo specifico: rappresentatività di U.O.

- intervistare un campione di pazienti per ogni U.O. che sia il più possibile rappresentativo dell'opinione di tutti i ricoverati di ogni singola U.O. (ovvero poter effettuare inferenze statistiche a livello di U.O.)

IPOTESI 2

Obiettivo: rappresentatività di Dipartimento

- intervistare un campione di pazienti per ogni U.O. che contribuisca a definire un campione che sia il più possibile rappresentativo dell'opinione di tutti i ricoverati del dipartimento a cui la U.O. appartiene (ovvero poter effettuare inferenze statistiche almeno a livello dipartimentale)

Eventuali vincoli e caratteristiche da verificare:

- grande disponibilità di risorse per il reclutamento e la somministrazione
- flussi di dimissione per singola U.O. nei diversi mesi dell'anno e nei singoli ospedali, da cui potrebbe emergere: eterogeneità del numero di dimessi in base alla U.O. (da meno di 10 unità all'anno a più di 5.000); stagionalità dei flussi di dimissione in alcuni reparti (mesi con picchi o gole); stagionalità dei flussi di dimissione a livello aziendale

Gli obiettivi e vincoli, così come le caratteristiche dei flussi di dimissione, possono influire sulla modalità di selezione dei pazienti ricoverati e i criteri di calcolo della dimensione campionaria.

Periodo di rilevazione e selezione dei pazienti intervistabili

Ogni Azienda sanitaria si impegna a condurre la rilevazione in tutte le aree di degenza ordinaria (è escluso il regime di *Day Hospital*) nell'arco di un periodo definito, secondo una pianificazione definita in autonomia da ciascuna Azienda (coerente e funzionale al processo di accreditamento).

Solo escluse dalla rilevazione (per la particolarità dell'assistenza fornita e dei pazienti ricoverati) le UU.OO di:

- Pronto Soccorso (per cui esiste un questionario specifico)
- Terapia Intensiva (per cui esiste un questionario specifico)
- Hospice

A tale scopo si consiglia di sorteggiare o scegliere il mese di inizio nel triennio (escludendo eventualmente i mesi con picchi/gole di ricovero) che corrisponderà anche alla data di avvio della prima distribuzione dei questionari. Tale distribuzione procederà fino a raggiungere l'ampiezza campionaria indicata nel piano di campionamento, nei confronti di tutti i pazienti che saranno dimessi dalle UU.OO. inserite nella pianificazione di ogni Azienda.

Ogni azienda redigerà un piano di campionamento in cui ogni U.O. sappia da subito in quale annualità dovrà realizzare l'indagine e quanti questionari dovrà distribuire e raccogliere.

N.B.: Le distribuzioni successive del questionario si svolgeranno dalla data di partenza scelta per l'avvio della indagine fino al raggiungimento dell'ampiezza campionaria nello stesso trimestre anche nei due anni a seguire e nelle aree organizzative pianificate da ogni singola azienda.

Tipo di campionamento, rappresentatività e calcolo della dimensione campionaria

Numerosità campionaria

Il calcolo della dimensione campionaria può essere fatto in base al numero di ricoveri (o di persone ricoverate) avvenuti nei 12 mesi precedenti all'indagine. Se il numero di persone a cui distribuire il questionario è calcolato sul numero di accessi (e non di teste) ed è quindi possibile che nell'arco di tempo in cui si condurrà l'indagine una stessa persona venga ricoverata più di una volta, è prevista la possibilità per questi pazienti di compilare più di un questionario. Se al contrario il numero di persone a cui distribuire il questionario è calcolato sul numero di teste ogni paziente potrà essere intervistato una sola volta.

Calcolo della dimensione campionaria:

Per il calcolo della numerosità campionaria è possibile utilizzare la formula del campionamento proporzionale (con popolazione conosciuta) con i seguenti parametri:

- N= numero dimissioni nei 12 mesi precedenti
- e (errore massimo nella stima)= 5%
- livello di confidenza = 95%
- p= 20% (percentuale attesa di insoddisfatti)
- q= 80% (percentuale attesa di soddisfatti)

Qualora utilizzando la strategia sopra descritta non sia possibile raggiungere una dimensione campionaria adeguatamente rappresentativa dell'U.O. (in caso di unità con un basso numero di dimissioni), è prevedibile che per queste sia raccolta una quota minima di 50 questionari indipendentemente dalla dimensione dell'U.O. stessa.

Per dare modo di comprendere come si traduce in pratica (e quindi in cifre) questo tipo di campionamento si riporta un esempio di calcolo effettuato.

ESEMPIO - LE AZIENDE DELL'AREA VASTA ROMAGNA

(Ausl Rimini, Ausl Cesena, Ausl Forlì, Ausl di Ravenna) che dedicheranno 3 mesi all'anno alla rilevazione.

A- Per le UU.OO. con almeno 500 dimessi in un anno	B- Per le UU.OO. con meno di 500 dimessi in un anno
<p>Il tipo di campionamento previsto è accidentale per quote. Il campione scelto è non probabilistico, dal momento che la modalità di selezione dei pazienti (ad es. i primi che vengono dimessi in ogni U.O. a partire da una certa data) e la stagionalità dei flussi di dimissione non garantiscono la casualità. Tuttavia si ipotizza che possa essere in una certa misura rappresentativo della popolazione ricoverata di quella U.O. (in termini di fascia di età e sesso e nazionalità), dal momento che, visti i flussi di dimissione nelle UU.OO. coinvolte, si prevede di intervistare un campione di ricoverati sempre superiore a 150 unità e mediamente pari al 10% della popolazione ricoverata in un anno (in ogni modo mai inferiore al 5%). Vincoli per evitare errori di selezione dei pazienti (bias di selezione):</p> <ul style="list-style-type: none"> - tasso di adesione all'indagine non inferiore al 95% (ovvero in ogni U.O. devono tornare nell'urna il 95% dei questionari distribuiti) 	<p>Il tipo di campionamento previsto è accidentale. In questo caso il campione scelto è un campione non probabilistico e non rappresentativo: visti i flussi di dimissione di queste UU.OO. non è infatti ipotizzabile raccogliere un numero sufficiente di questionari nell'arco dei 3 mesi ipotizzati</p>

<p>N.B.: Vincoli per ottenere una minima rappresentatività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verifica ex post che le caratteristiche dei rispondenti (in termini di età e sesso e nazionalità) non si discostino in modo significativo da quelle dei ricoverati. <p>Se tali condizioni saranno rispettate sarà possibile quindi con una certa precisione attuare inferenze dal campione all'universo. In caso contrario verranno verificati gli scostamenti e si deciderà se e quanto i dati saranno rappresentativi.</p>	
---	--

La stessa strategia immaginata a livello di U.O. può essere alternativamente applicata a livello di Dipartimento: in questo caso i campioni di questionari raccolti per singola U.O. non sono in alcun modo rappresentativi dei ricoverati della U.O., ma contribuiscono alla rappresentatività dei livelli superiori (disciplina, dipartimento, ospedale e azienda).

Tassi di adesione e validità delle risposte

È ritenuto accettabile un tasso di adesione all'indagine non inferiore al 95%, ovvero devono tornare nell'urna il 95% dei questionari distribuiti, indipendentemente dal fatto che questi siano poi da considerarsi validi o meno. Contribuiranno pertanto al raggiungimento di questa quota anche i questionari lasciati in bianco (ma presenti all'interno dell'urna) dai pazienti che decidono di non rispondere.

Saranno considerati validi e pertanto elaborati solamente i questionari con una percentuale di risposta alle domande superiore o uguale al 75%.

NB: per ridurre al massimo la quota di non rispondenti si consiglia di far partire la rilevazione in più i reparti nella medesima data dopo una importante e programmata campagna pubblicitaria (diffusione di depliant che annuncino l'indagine, comunicati stampa, coinvolgimento della associazioni di cittadini...) che favorisca al massimo la partecipazione degli utenti e la collaborazione del personale.

2 – I protocolli aziendali

2.1 Piano attuativo regionale

Questa sezione racchiude lo sforzo, frutto del lavoro condotto insieme ai referenti (Referenti aziendali qualità e referenti "Rete Metodologia"²) delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna nel biennio 2007-2009, di tradurre in azioni programmatiche aziendali per il triennio 2010-2012 i contenuti delle "Indicazioni metodologiche regionali" per la rilevazione della qualità percepita nei servizi ospedalieri.

Il tentativo è quello di giungere a un sistema regionale di rilevazione che permetta una lettura omogenea del contesto regionale e la possibilità di confronti inter-aziendali secondo trend storici; ma allo stesso tempo vi è l'esigenza di valorizzare la ricchezza programmatica e metodologica in termini di esperienze condotte dalle singole specificità aziendali o di Area Vasta.

Il lavoro condotto con le singole Aziende ha portato alla condivisione di una specifica procedura per l'avvio delle indagini a livello aziendale scandita per fasi:

- Individuazione del/dei referente/i aziendale/i del Progetto nell'Ufficio Qualità o in altro ufficio competente.
- Individuazione del referente aziendale della "Rete Metodologia".
- Individuazione di operatori referenti dell'indagine all'interno delle singole Unità Operative coinvolte.
- Elaborazione del "Protocollo metodologico" aziendale o di Area Vasta (con la possibilità di coinvolgere le referenti Assr per ausilio e consulenza) – seguendo criteri descrittivi omogenei dei contenuti del progetto
- Invio in Assr del "Protocollo metodologico" compilato prima dell'avvio della sperimentazione aziendale.

Nel corso del 2009 ogni Azienda ha elaborato un "Protocollo metodologico" (per il triennio 2010-2012) anche attraverso lo svolgimento di incontri con le referenti dell'Assr per verificare i contenuti del progetto e per individuare le diverse forme di collaborazione; in alcuni casi (Istituti Ortopedici Rizzoli e Azienda Usl di Piacenza) è stato dato avvio alla rilevazione in forma di sperimentazione.

Si è ritenuto quindi imprescindibile valorizzare i contenuti dei singoli progetti all'interno di questa sezione fornendo un quadro descrittivo generale (vedi Tabella 1) della programmazione e attuazione delle indagini aziendali: la sintesi proposta è il frutto di una lettura in parallelo dei singoli progetti ai fini di dare chiarezza e sistematicità alla progettazione regionale e aziendale. Nel triennio 2010-2012 è previsto l'utilizzo del questionario regionale in almeno 13 Aziende su 17, con modalità di somministrazione diverse (in 13 Aziende è prevista l'autosomministrazione con riconsegna in ospedale, in 1 l'autosomministrazione con invio postale a domicilio, in 2 la somministrazione diretta, in 1 la somministrazione telefonica), utilizzando una delle due modalità di campionamento (11 Aziende adottano un campionamento non probabilistico e 5 adottano un campionamento probabilistico). L'utilizzo nel triennio delle diverse metodologie sarà oggetto di costante monitoraggio da parte dell'Assr ai fini di pervenire nel tempo a modalità validate e omogenee a livello regionale.

Nelle sezioni che seguono (2.2 e 2.3) si è data inoltre la possibilità di esplicitare gli elementi di specificità di alcuni contesti locali particolari. La scelta è stata attuata sia verso quei progetti che hanno implicato uno sforzo di programmazione a livello sovra-aziendale (vedi 2.2: Protocollo Area Vasta Romagna) attraverso l'utilizzo di strumenti e modalità di indagine che permettono l'ottimizzazione delle risorse disponibili e la collaborazione fra diverse Aziende territorialmente contigue, sia verso progetti che pur non rinunciando a modalità di indagine consolidate e integrate all'interno di un "sistema qualità" a livello locale (vedi 2.3: Protocollo Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola Malpighi), hanno condotto uno sforzo analitico per individuare elementi di integrazione con il modello regionale proposto.

² Gruppo di referenti aziendali formatosi in occasione dell'evento formativo "Metodologia delle indagini di qualità percepita" (Gennaio-Aprile 2008) e preposto all'analisi e approfondimento degli aspetti metodologici delle indagini di qualità percepita.

Tab. 1

PIANO ATTUATIVO REGIONALE 2010-2012
 (programmazione e caratteristiche dell'indagine per ogni singola azienda)³

AREA VASTA	AZIENDA	PERIODO RILEVAZIONE	MODALITA' DI CAMPIONAMENTO	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	STRUMENTO UTILIZZATO
ROMAGNA * Cfr. 2.2	AUSL CESENA	2010-2012 SECONDO PIANIFICAZIONE DEFINITA IN AUTONOMIA DA CIASCUNA AZIENDA PER TRE MESI L'ANNO	NON PROBABILISTICO (ACCIDENTALE) PER QUOTE SU DIMESSI ANNO PRECEDENTE	AUTOSOMMINISTRAZIONE CON RICONSEGNA IN H PRIMA DELLA DIMISSIONE	QUESTIONARIO REGIONALE
	AUSL RIMINI				
	AUSL RAVENNA				
	AUSL FORLI'				
EMILIA CENTRO	AUSL BOLOGNA	2010-2012 ANNUALE	NON PROBABILISTICO (ACCIDENTALE) PER QUOTE SU DIMESSI ANNO PRECEDENTE	AUTOSOMMINISTRAZIONE CON RICONSEGNA IN H PRIMA DELLA DIMISSIONE	QUESTIONARIO AZIENDALE (FATTORI PRESENTI ANCHE IN QUELLO REGIONALE)
	AOU S.ORSOLA BO * Cfr. 2.3	2010-2012 ANNUALE	NON PROBABILISTICO (ACCIDENTALE) PER QUOTE SU DIMESSI ANNO PRECEDENTE	SOMMINISTRAZIONE TELEFONICA (DITTA CAI)	QUESTIONARIO AZIENDALE (FATTORI PRESENTI ANCHE IN QUELLO REGIONALE)
	II.OO.RR	2009	PROBABILISTICO CON SELEZIONE CASUALE DI 1 MESE	SOMMINISTRAZIONE DIRETTA (REFERENTI URP)	QUESTIONARIO REGIONALE
	AUSL IMOLA	2009-2012 ANNUALE	NON PROBABILISTICO (ACCIDENTALE) TUTTI I DIMESSI NELL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO	AUTOSOMMINISTRAZIONE CON INVIO POSTALE A DOMICILIO (RECALL)	QUESTIONARIO REGIONALE
	AUSL FERRARA (Ospedale di Argenta)	2011	NON PROBABILISTICO (ACCIDENTALE) PER QUOTE SU DIMESSI ANNO PRECEDENTE	AUTOSOMMINISTRAZIONE CON RICONSEGNA IN H	QUESTIONARIO REGIONALE
	AOU S.ANNA FE	2009-2012	PROBABILISTICO CON SELEZIONE CASUALE DI 1 MESE	AUTOSOMMINISTRAZIONE CON RICONSEGNA IN H PRIMA DELLA DIMISSIONE	QUESTIONARIO AZIENDALE

³ Tabella elaborata in base ai dati pervenuti dalle singole Aziende e contenuti nei Protocolli Metodologici aziendali (Luglio-Agosto 2009).

AREA VASTA	AZIENDA	PERIODO RILEVAZIONE	MODALITA' DI CAMPIONAMENTO	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	STRUMENTO UTILIZZATO
EMILIA NORD	AUSL MODENA	2009-2012	PROBABILISTICO A GRAPPOLI PER PERIODO E STRATIFICATO	AUTOSOMMINISTRAZIONE CON RICONSEGNA IN H PRIMA DELLA DIMISSIONE	QUESTIONARIO REGIONALE
	AOU POLICLINICO MO (Dipartimento 5)	2009 (Novembre) – 2010 (Gennaio)	NON PROBABILISTICO (ACCIDENTALE) TUTTI I RICOVERATI NEL PERIODO	AUTOSOMMINISTRAZIONE CON RICONSEGNA IN H PRIMA DELLA DIMISSIONE	QUESTIONARIO REGIONALE
	AUSL REGGIO E.	2010-2012 ANNUALE	A TUTTI I RICOVERATI	AUTOSOMMINISTRAZIONE CON RICONSEGNA IN H.	QUESTIONARIO AZIENDALE
	AO ASMN REGGIO E.	2010-2012 BIENNALE	NON PROBABILISTICO (ACCIDENTALE) PER QUOTE SU DIMESSI ANNO PRECEDENTE	AUTOSOMMINISTRAZIONE CON RICONSEGNA IN H PRIMA DELLA DIMISSIONE	QUESTIONARIO REGIONALE
	AUSL PARMA	2009-2012 ANNUALE	PROBABILISTICO A GRAPPOLI PER PERIODO E STRATIFICATO	AUTOSOMMINISTRAZIONE CON RICONSEGNA IN H PRIMA DELLA DIMISSIONE	QUESTIONARIO REGIONALE
	AOU PARMA	2008-2009	PROBABILISTICO (non specificato)	SOMMINISTRAZIONE DIRETTA (MEMBRI DEL CCM)	QUESTIONARIO REGIONALE
	AUSL PIACENZA	2009-2012 ANNUALE	NON PROBABILISTICO (ACCIDENTALE) PER QUOTE SU DIMESSI ANNO PRECEDENTE	AUTOSOMMINISTRAZIONE CON RICONSEGNA IN H PRIMA DELLA DIMISSIONE	QUESTIONARIO REGIONALE

2.2 Protocollo Area Vasta Romagna (Aziende Usi di Cesena, Rimini, Forlì, Ravenna)⁴

Presentazione del progetto

Il progetto si prefigge di definire una metodologia comune per la somministrazione e l'analisi del "Questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale" che sarà adottata dalle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Romagna con l'intento di rendere il più possibile sostenibili i risultati che saranno ottenuti. Non è una finalità di questo progetto procedere a confronti tra le Aziende o tra aree omogenee delle Aziende stesse.

Le Strutture Qualità e Accreditamento delle Aziende della Romagna hanno provveduto alla stesura del presente progetto con il supporto dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e lo sottoporranno alle Direzioni Generali delle Aziende coinvolte per la opportuna condivisione e approvazione.

Il questionario

Per la rilevazione si utilizzerà il "Questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale", proposto dall'Area Accreditamento e Qualità dell'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna e frutto di una revisione del questionario presente nel Dossier 127/2006, realizzata durante i lavori del corso di formazione-azione "Metodologia delle indagini di qualità percepita", svoltosi nel 2008.

Are tematiche

La struttura del questionario consente la valutazione della qualità percepita del servizio nel suo complesso, delle diverse aree tematiche e dei singoli aspetti di ogni area tematica. Il questionario è composto da 51 *items* e raccoglie la valutazione su:

esperienza di ricovero (dall'ingresso alla dimissione);
personale, sia medico che infermieristico;
rispetto della privacy.
aspetti organizzativi;
ambienti;
servizi di contorno.

Una domanda aperta finale consente di proporre suggerimenti per migliorare la qualità del servizio.

Infine sono presenti 9 domande riguardanti i dati socio-anagrafici del paziente.

La scala

Per la valutazione dei singoli items è stata utilizzata una scala bilanciata a 6 valori, 3 giudizi positivi e 3 negativi: del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato, adeguato, molto adeguato e del tutto adeguato.

Come si nota, si è optato per una scala che chiede espressamente a ogni utente di esprimere una valutazione in termini positivi o negativi del servizio indagato ed evita giudizi neutri. Laddove non si richiede una valutazione complessiva del servizio, viene sempre fornita la possibilità del "non so".

Campionamento

Elementi di contesto

Visto l'elevato numero di persone ricoverate nell'arco di un anno nelle strutture ospedaliere delle Ausl della Romagna si è deciso di intervistare un campione di utenti e non l'intera popolazione di ricoverati.

Il tipo di campione scelto e la dimensione campionaria tengono conto, sia degli obiettivi che dei vincoli (organizzativi, di tempo e di risorse) posti dalle Aziende sanitarie:

obiettivi generali:

- coinvolgere nella rilevazione tutte le UU.OO. di degenza nell'arco di un triennio
- intervistare un campione di pazienti che possa rappresentare l'opinione di tutti i ricoverati.

⁴ A cura di Luigina Fabbri e Elisabetta Toschi (Ufficio Qualità – Ausl Forlì), Liana Farolfi e Enzo Pistocchi (Ufficio Qualità – Ausl Cesena), Luca Santini e Giorgio Zanzani (Ufficio Qualità – Ausl Rimini), Catia Sintoni (Ufficio Qualità - Ausl di Ravenna), Pasquale Falasca, Agnese Accorsi e Arianna Berardo (Servizio Epidemiologia, Ricerca e Innovazione – Ausl Ravenna).

obiettivo specifico: rappresentatività di U.O.

- intervistare un campione di pazienti per ogni U.O. che sia il più possibile rappresentativo dell'opinione di tutti i ricoverati di ogni singola U.O.

vincoli:

- disponibilità a svolgere l'indagine per un massimo di 3 mesi all'anno (continuativi)
- impossibilità svolgere una somministrazione diretta (con intervista faccia a faccia)
- impossibilità ad attuare eventuale re-call telefonico (nel caso di indagini postali o con riconsegna del questionario dopo la dimissione)

Sono stati inoltre analizzati nel dettaglio per ogni Azienda sanitaria i flussi di dimissione per singola U.O. nei diversi mesi dell'anno e nei singoli ospedali, da cui emerge:

- forte eterogeneità del numero di dimessi in base alla U.O. (da meno di 10 unità all'anno a più di 5.000 unità)
- nessuna stagionalità influenza i flussi di dimissione a livello aziendale

Tali obiettivi e vincoli, così come le caratteristiche dei flussi di dimissione, hanno ovviamente "ristretto" la modalità di selezione dei pazienti ricoverati, le modalità di somministrazione del questionario e i criteri di calcolo della dimensione campionaria.

Periodo di rilevazione e selezione dei pazienti intervistabili

Ogni Azienda sanitaria aderente al progetto si impegna a condurre la rilevazione in tutte le aree di degenza ordinaria nell'arco del un triennio 2010-2012, secondo una pianificazione definita in autonomia da ciascuna Azienda.

Sono incluse nella rilevazione le Unità Operative di Lungodegenza (da accorpate ai dati delle UU.OO. dove sono collocate nel caso siano solo alcuni posti letto) e la U.O. di Pediatria.

Sono escluse dalla rilevazione (per la particolarità dell'assistenza fornita e dei pazienti ricoverati) le UU.OO. di:

- Pronto Soccorso
- Terapia Intensiva
- Hospice
- Day Hospital

La distribuzione procederà nei confronti di tutti i pazienti che saranno dimessi dalle U.O. coinvolte, fino a raggiungere l'ampiezza campionaria indicata nel piano di campionamento, elaborato sulla base dello schema allegato e comunque non procederà oltre i tre mesi.

In ogni Azienda la distribuzione del questionario procederà poi nelle strutture previste secondo la propria pianificazione. Le modalità delle distribuzioni successive alla prima saranno sempre quelle sopra descritte.

Tipo di campionamento e rappresentatività

Le modalità di campionamento sotto riportate sono state scelte per poter ottenere, per quanto possibile, la rappresentatività per U.O..

1. Per le UU.OO. con n° dimessi/ anno maggiore di 500 il tipo di campionamento previsto è accidentale. Il campione scelto quindi è un campione non probabilistico, dal momento che la modalità di selezione dei pazienti (intervistare i primi che vengono dimessi in ogni U.O. a partire da un certa data) e la stagionalità dei flussi di dimissione non garantiscono la casualità.

Tuttavia si ipotizza che possa essere in una certa misura rappresentativo della popolazione ricoverata di quella U.O. (in termini di fascia di età e sesso e nazionalità), dal momento che, visti i flussi di dimissione nelle UU.OO. coinvolte, si prevede di intervistare un campione di ricoverati mediamente pari al 10% della popolazione ricoverata in un anno (in ogni modo mai inferiore al 5%) e comunque per un periodo non superiore a 3 mesi.

Vincoli per ottenere una certa rappresentatività:

- verifica ex post che le caratteristiche dei rispondenti (in termini di età e sesso e nazionalità) non si discosti significativamente da quelle dei ricoverati

Se tali condizioni saranno rispettate e il tasso di adesione non sarà inferiore all'85% sarà possibile con una certa precisione attuare inferenze dal campione all'universo. In caso contrario verranno verificati gli scostamenti e si deciderà se e quanto i dati saranno rappresentativi.

2. Per le UU.OO. con meno di 500 dimessi in un anno il tipo di campionamento previsto è accidentale. Il campione scelto quindi è un campione non probabilistico e non rappresentativo: visti i flussi di dimissione di queste UU.OO. non è infatti ipotizzabile raccogliere un numero sufficiente di questionari nell'arco dei 3 mesi ipotizzati.

I questionari ivi raccolti andranno comunque ad incrementare la numerosità campionaria complessiva dell'Azienda laddove servisse.

Numerosità campionaria

Per il calcolo della dimensione campionaria di U.O. è stata utilizzata la formula del campionamento proporzionale (con popolazione conosciuta) con i seguenti parametri:

- N= numero dimessi del 2008
- e (errore massimo nella stima)= 5%
- livello di confidenza = 95%
- p= 20% (percentuale attesa di insoddisfatti)
- q= 80% (percentuale attesa di soddisfatti)

Validità delle risposte

Saranno considerati validi e pertanto elaborati solamente i questionari con una percentuale di risposta alle domande superiore o uguale al 75%.

Modalità di somministrazione

AUTOSOMMINISTRAZIONE (con consegna in Ospedale e riconsegna in urna prima della dimissione)

Tra le possibili modalità di somministrazione si è optato per la consegna diretta del questionario al paziente, da effettuarsi con le seguenti modalità:

- Il questionario è distribuito ai pazienti ricoverati uno o due giorni prima della dimissione (non all'inizio del ricovero) con la raccomandazione di compilarlo al momento della dimissione.
- Il questionario va consegnato al paziente.
- Assieme al questionario è consegnata al paziente una lettera informativa che spieghi le motivazioni e gli obiettivi dell'indagine.
- Chi ha consegnato il questionario, si occupa anche di sensibilizzare il paziente alla partecipazione all'iniziativa.
- La distribuzione del questionario è effettuata dal personale delle strutture organizzative coinvolte, coadiuvato, se possibile, da esterni, come componenti del CCM, delle Associazioni del Volontariato ecc.. .
- Tale personale deve essere opportunamente formato sui comportamenti da tenere nel corso della somministrazione e sulle modalità di sensibilizzazione dei pazienti all'iniziativa (vedi progetto formativo)
- Per la raccolta dei questionari compilati si colloca in un'area ben visibile all'interno\nelle vicinanze dell'U.O. un'urna accompagnata da una locandina riportante le informazioni relative all'iniziativa.

Gestione dell'iniziativa

Ogni Azienda sanitaria individua un gruppo di operatori cui assegnare il compito di gestire l'attuazione del presente progetto e quindi di organizzare la formazione, la logistica e la comunicazione dell'iniziativa all'interno e all'esterno dell'Azienda, di condurre il piano di somministrazione e la raccolta dei questionari dalle urne, di presiedere all'elaborazione dei dati, alla stesura della relazione conclusiva e alla sua diffusione. In ogni U.O. si identifica un responsabile per l'attuazione di tutte le attività legate alle diverse fasi dell'indagine in tali aree.

Formazione

Per la corretta realizzazione del progetto si prevedono tre tipologie di eventi formativo/informativi, rivolti a:

1. gruppo di operatori cui è affidato il compito di gestire l'attuazione del presente progetto (programma elaborato dall'Azienda di Ravenna);
2. personale delle Aziende sanitarie coinvolte che, all'interno delle singole UU.OO. oggetto di indagine, si occupano di coordinare le attività legate alla realizzazione del progetto, dalla comunicazione all'utente, alla somministrazione, fino alla raccolta del questionario (programma elaborato autonomamente da ciascuna Azienda);

3. componenti dei CCM o altre associazioni che eventualmente collaborano alla consegna dei questionari ai pazienti (programma elaborato autonomamente da ciascuna Azienda).
Le iniziative formative di cui sopra si basano su uno schema condiviso dal gruppo di progetto.

Informazione/comunicazione

Per ridurre al massimo la quota di non rispondenti, e comunque per la buona riuscita dell'iniziativa, è utile predisporre un'importante e programmata campagna pubblicitaria (diffusione di depliant che annuncino l'indagine, comunicati stampa, coinvolgimento della associazioni di cittadini....) che favorisca al massimo la partecipazione degli utenti e la collaborazione del personale. Ogni Azienda può organizzare un momento di restituzione dei risultati anche a chi ha partecipato all'effettuazione dell'iniziativa.

Elaborazione dei dati

Selezione delle schede

Nel caso in cui il questionario non sia compilato autonomamente dall'utente/paziente ma con l'aiuto di un familiare o da altre persone, è opportuno e corretto dal punto di vista metodologico elaborare i dati tenendo distinti i due gruppi di rispondenti, per verificare ed evidenziare nei report eventuali scostamenti di opinioni. Tale evenienza (intervento di familiare/altra persona) si realizza in quelle situazioni di aiuto fisico nella lettura (ad esempio per degenti ipovedenti o non in grado di farlo) o nella compilazione (ad esempio in caso di incapacità funzionale degli arti superiori) ovvero in tutti quei casi in cui necessita un aiuto fisico e non intellettuale.

Scala di valutazione

I dati possono essere elaborati rispetto a tutte le possibili opzioni di risposta, ovvero mantenendo distinti i sei diversi livelli di giudizio proposti dalla scala di valutazione (e i "non so").

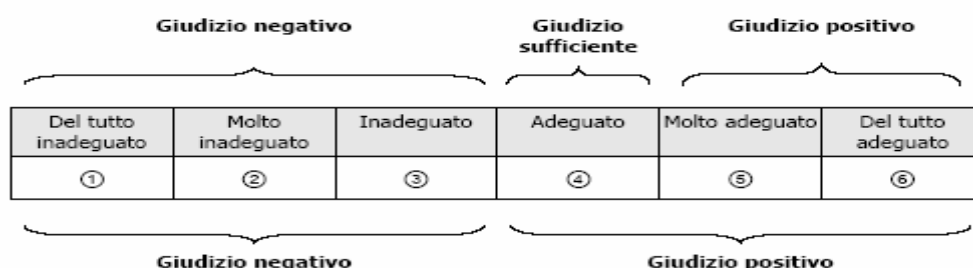
Nel caso in cui le singole Aziende o Unità operative vogliano però effettuare anche elaborazioni più sintetiche, i sei gradi di giudizio possono essere aggregati (Figura 1) nelle tre categorie di:

- giudizio negativo (del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato);
- giudizio adeguato (adeguato);
- giudizio positivo (molto adeguato, del tutto adeguato);

oppure nelle due sole categorie di:

- giudizio negativo (del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato);
- giudizio positivo (adeguato, molto adeguato, del tutto adeguato).

Figura 1. Schema della scala di valutazione



Elaborazioni statistiche

Relativamente all'elaborazione dei dati, verranno effettuate delle analisi descrittive di facile lettura come, ad esempio, distribuzioni di frequenze, percentuali, medie, mediane, mode.

Livelli di analisi

L'elaborazione statistica sarà condotta in modo da consentire l'analisi dei risultati ai diversi livelli dell'organizzazione indagata, e cioè:

- Un primo livello di analisi è costituito dalla qualità percepita nelle singole Unità Operative.
- Un secondo livello è costituito dall'analisi della qualità percepita nei Dipartimenti.
- Un terzo livello è il confronto dei risultati di ogni U.O./Dipartimento con la media aziendale.

La restituzione dei risultati così elaborati avverrà almeno a livello di Direzione Generale e di Direzione dei Dipartimenti coinvolti nella rilevazione, fatta salva la possibilità di ogni Azienda di stabilire maggiori modalità di elaborazione e destinatari ulteriori.

Progetto di formazione: Indagine di qualità percepita nelle aree di degenza

Premessa

L'evento formativo si inserisce nell'ambito di un progetto realizzato dalle Aziende sanitarie della Romagna, con il supporto dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, e mirato all'indagine della qualità percepita nelle aree di degenza delle singole Aziende.

Gli obiettivi del progetto consistono nello sviluppare ed implementare una metodologia di indagine della qualità percepita dagli utenti dei servizi di ricovero e cura in ospedale.

Per la rilevazione si utilizzerà il questionario "La qualità della cura in ospedale", proposto dall'Area Accreditamento e Qualità dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e frutto di una revisione del questionario presente nel Dossier 127/2006, realizzata durante i lavori del corso di formazione-azione "Metodologia delle indagini di qualità percepita", svoltosi nel 2008.

La struttura del questionario consente la valutazione della qualità percepita del servizio nel suo complesso, nelle diverse aree tematiche del questionario e nei singoli aspetti di ogni area tematica. L'indagine è rivolta a un campione preventivamente individuato di pazienti.

L'attuazione del progetto prevede la creazione di una rete di "facilitatori", a livello aziendale, per la gestione dell'indagine.

Intervento formativo

L'intervento formativo prevede la costituzione di gruppi di lavoro che si occupino, all'interno di ciascuna unità operativa, di:

- sensibilizzare i degenti alla sua compilazione;
- sensibilizzare gli operatori delle Unità Operative coinvolte;
- distribuire e raccogliere il questionario di indagine;
- eventualmente aiutare il gruppo dei referenti aziendali nella elaborazione.

Gli obiettivi dell'azione formativa sono:

- promuovere la responsabilizzazione degli operatori nel progetto di indagine (attraverso la creazione del gruppo dei facilitatori);
- promuovere l'iniziativa presso le rappresentanze dei cittadini coinvolgendoli eventualmente anche nell'operatività;
- sensibilizzare tutti gli operatori alla buona riuscita dell'indagine;
- diffondere e comunicare al meglio l'indagine all'utente;
- supportare i responsabili aziendali dal momento della pianificazione a quello della diffusione dei risultati;
- promuovere la conoscenza del progetto e degli strumenti utilizzati.

Fasi del percorso

Il percorso formativo prevede un impegno definito a discrezione delle singole Aziende coinvolte articolato in:

- formazione residenziale;
- eventualmente formazione sul campo.

Destinatari

La formazione è rivolta ad un gruppo di operatori e/o volontari che ogni Azienda selezionerà in base alle proprie esigenze; è presumibile comunque almeno un operatore per ciascuna unità operativa coinvolta.

Metodologia

La metodologia di lavoro consiste nell'organizzare un momento formativo all'interno di ciascuna Azienda, con la collaborazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Alla formazione si potranno eventualmente affiancare un'attività di *tutorship* formativa e un'attività formativa sul campo.

Verranno affrontati i seguenti temi :

- La qualità percepita: strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi (Rif. Dossier 127/2006).

- Progetto di rilevazione della qualità percepita nelle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Romagna: finalità, contenuti, strumenti.
- Gli strumenti di indagine della qualità percepita: questionario "La qualità della cura in ospedale".
- Cenni sulle modalità di campionamento e analisi dei dati.
- Comunicazione, diffusione e organizzazione: comunicazione dell'iniziativa, modalità di distribuzione e raccolta.

Eventualmente all'attività formativa in aula potrà, se ritenuto essenziale dalle singole Aziende, seguire un'attività di formazione sul campo articolata in:

- incontri alla presenza dei referenti aziendali del progetto;
- incontri organizzati dalle singole UU.OO.;
- lavoro di consegna dei questionari.

La formazione sul campo è finalizzata a sensibilizzare e responsabilizzare il personale in merito all'iniziativa e alle modalità di consegna e raccolta del questionario.

La formazione e l'eventuale *tutorship* prevedono una metodologia attiva che si avvale di un forte coinvolgimento degli operatori delle UU.OO., oggetto dell'indagine, con la possibilità di coinvolgere anche nell'operatività le rappresentanze dei cittadini.

Modalità di valutazione dei risultati

La verifica della formazione si articolerà in :

- questionario di apprendimento per la formazione in aula;
- per la eventuale formazione sul campo l'implementazione dell'indagine secondo la pianificazione da progetto.

L'attività sarà oggetto di monitoraggio, attraverso *briefing* con il gruppo di lavoro al fine di verificare la metodologia di consegna adottata e i riscontri dell'iniziativa.

Allegato 2 al progetto di rilevazione della qualità percepita nelle degenze dell'Area Vasta Romagna

Progetto di formazione: corso di statistica di base

L'evento formativo si inserisce nell'ambito di un progetto realizzato dalle Aziende USL della Romagna, con il supporto dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, e mirato all'indagine della qualità percepita nelle aree di degenza delle singole Aziende sanitarie.

Gli **obiettivi** del progetto formativo consistono nel rendere il più possibile sostenibili i risultati che saranno ottenuti partendo da una base di conoscenze statistiche comuni.

Destinatari

Gruppo di operatori cui è affidato il compito di gestire l'attuazione del progetto stesso.

Metodologia

La metodologia di lavoro consiste nell'organizzare un momento formativo all'interno dell'Azienda Usl di Ravenna di 8 ore distribuite in 2 pomeriggi di 4 ore l'uno. Per il corso verranno richiesti i crediti ECM e si svolgerà a ottobre 2009 (data da destinarsi) anche con l'utilizzo di una sala computer.

Verranno affrontati i seguenti temi:

- elementi di statistica di base come la distribuzione di frequenza, l'intervallo di confidenza, gli indici di posizione (media, moda, mediana) e di dispersione (varianza, deviazione standard, ecc...);
- elementi di gestione ed elaborazione dei dati: come le rappresentazioni tabellari delle distribuzioni di frequenza, tabella a doppia entrata, ecc..., attraverso l'analisi degli elementi pratici di rilevazione di qualità percepita effettuata nel 2007 c/o Azienda Usl di Ravenna;
- illustrazione delle potenzialità di elaborazione del software *Check Up* abbinato allo strumento per la lettura ottica dei dati e delle possibilità di interfacciamento con altri software di elaborazione (EPI INFO, EXCELL, SPSS, ecc...).

Docenti

- Dr. P. Falasca, Responsabile Epidemiologia-Statistica Sanitaria-Sistema Informativo dell'Azienda Usl di Ravenna.
- Ing. G. Nicoli, Libero Professionista.

Modalità di valutazione dei risultati

Alla fine del corso i discenti devono dimostrare di avere acquisito le nozioni elementari di statistica fornite tramite la compilazione di un questionario di fine corso di apprendimento per la formazione in aula.

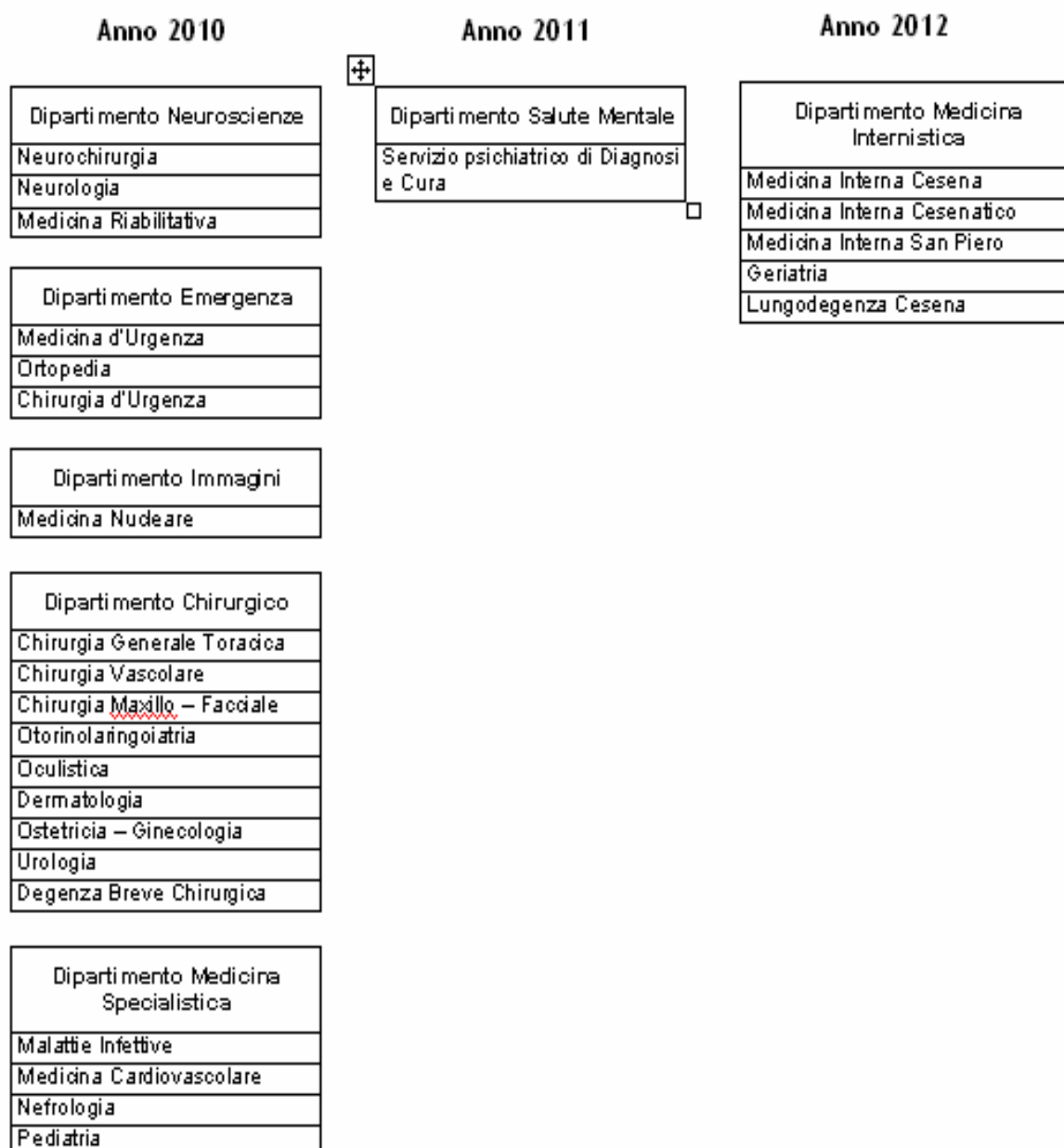
Allegato 3 al progetto di rilevazione della qualità percepita nelle degenze dell'Area Vasta Romagna

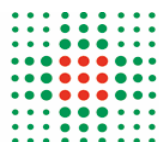
Piani Triennali Aziendali 2010-2012



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena**

Pianificazione triennale 2010-2012 dell'Azienda USL di Cesena relativa al progetto "Valutazione della Qualità Percepita nelle degenze degli Ospedali della Romagna"





**Pianificazione triennale 2010-2012 dell'Azienda USL di Forlì relativa al progetto
"Valutazione della Qualità Percepita nelle degenze degli Ospedali della Romagna"**

Anno 2010

Dipartimento Area medica non acuta e riabilitazione
Geriatria (acuti – post acuti)
Medicina post acuti Forlì
Medicina Forlimpopoli
Medicina S. Sofia
Medicina fisica Forlimpopoli

Anno 2011

Dipartimento Emergenza
Cardiologia
Medicina d'urgenza

Dipartimento Medicina Specialistica
Gastroenterologia
Neurologia
Nefrologia
Malattie infettive
Medicina
Endocrinologia

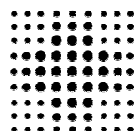
Dipartimento Chirurgia generale
Ch. GEN. GASTRO. e MININV
Endocrinocirurgia
Terapie oncologiche avanzate
Urologia

Dipartimento Chirurgia Specialistica
ORL
Ortopedia e Traumatologia
Oculistica
Dermatologia

Anno 2012

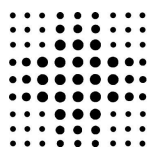
Dipartimento Toracico
Chirurgia toracica
Senologia
Pneumologia
Pneumo interventistica
Chirurgia Vascolare

Dipartimento Materno infantile
Pediatria
Ostetricia e ginecologia



**Pianificazione triennale 2010-2012 dell'Azienda USL di Rimini relativa al progetto
"Valutazione della Qualità Percepita nelle degenze degli Ospedali della Romagna"**

Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
Dipartimento Materno Infantile	<input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento <u>internistico II</u>	Dipartimento <u>internistico I</u>
Ostetricia e Ginecologia	Medicina generale 2 Rimini	Medicina 1 Rimini
Fisiopatologia della riproduzione Cattolica	Medicina Generale 3 Santarcangelo	Post acuti Rimini
Pediatria	<u>Lungodegenza Santarcangelo</u>	Malattie Infettive
Chirurgia pediatrica	Post acuti <u>Santarcangelo</u>	Neurologia
	Medicina Generale 4 Cattolica	Chirurgia Generale e <u>toracia</u> Riccione
Dipartimento Malattie Cardiovascolari	Gastroenterologia e <u>Endo. Digestiva</u>	Chirurgia Generale Cattolica
Cardiologia Rimini	Nefrologia e dialisi	
Cardiologia Riccione	<input type="checkbox"/>	Dipartimento Chirurgico
Medicina generale e Angiologia Riccione	Dipartimento Emergenza Urgenza	Chirurgia generale Rimini
Geriatria	Ortopedia Rimini	Chirurgia generale <u>Santarcangelo</u>
Chirurgia vascolare	Ortopedia Riccione	Urologia
	Chirurgia della spalla	ORL
Dipartimento Salute Mentale		Oculistica
Neuropsichiatria infantile		ORL Cattolica
SPDC		
Dipartimento Oncologia ed Ematologia		
Oncologia		



**Pianificazione triennale 2010-2012 dell'Azienda USL di Ravenna relativa al progetto
"Valutazione della Qualità Percepita nelle degenze degli Ospedali della Romagna"**

ANNO 2010

DIPARTIMENTO NEFRO-UROLOGICO
NEFROLOGIA E DIALISI aziendale
UROLOGIA aziendale

DIPARTIMENTO MEDICO INTERNISTICO 2°
MALATTIE INFETTIVE aziendale
MEDICINA INTERNA RAVENNA
NEUROLOGIA aziendale
RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE aziendale

DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE
OTORINOLARINGOIATRIA aziendale
OCULISTICA RAVENNA
OCULISTICA FAENZA
OCULISTICA LUGO
ORTOPEDIA RAVENNA
ORTOPEDIA FAENZA
ORTOPEDIA LUGO

ANNO 2011

DIPARTIMENTO CHIRURGICO
CHIRURGIA GENERALE RAVENNA
CHIRURGIA GENERALE FAENZA
CHIRURGIA GENERALE LUGO

DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO
EMATOLOGIA aziendale
ONCOLOGIA RAVENNA
ONCOLOGIA LUGO
TERAPIA ANTALGICA aziendale

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE
EMERGENZA-URGENZA PSICHIATRICA aziendale

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
MEDICINA D'URGENZA RAVENNA
MEDICINA D'URGENZA FAENZA
MEDICINA D'URGENZA LUGO

ANNO 2012

DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE
CHIRURGIA VASCOLARE RAVENNA
CARDIOLOGIA RAVENNA
CARDIOLOGIA FAENZA
CARDIOLOGIA LUGO

+
DIPARTIMENTO MALATTIE DIGESTIVE E METABOLICHE
GASTROENTEROLOGIA aziendale

DIPARTIMENTO MATERNITA', INFANZIA, ETA' EVOLUTIVA
OSTETRICIAE GINECOLOGIA RAVENNA
OSTETRICIAE GINECOLOGIA FAENZA
OSTETRICIAE GINECOLOGIA LUGO
PEDIATRIA E NEONATOLOGIA aziendale

DIPARTIMENTO MEDICO INTERNISTICO 1°
GERIATRIA aziendale
MEDICINA INTERNA FAENZA
MEDICINA INTERNA LUGO
PNEUMOLOGIA e BRONCOENDOSCOPIA aziendale

2.3 Protocollo Azienda ospedaliero-universitaria S.Orsola Malpighi⁵

Introduzione

Da diversi anni presso il Policlinico S. Orsola si effettua la misurazione della qualità percepita dell'utente applicando un sistema riconosciuto a livello internazionale, che segue quanto previsto dalla normativa ISO di riferimento per l'esecuzione della misurazione della soddisfazione (UNI 11098, Linee guida per la rilevazione della soddisfazione del cliente e per la misurazione degli indicatori di esito) e recepisce le normative ministeriali.

Il questionario di degenza in uso dal 2004, preparato dall'Azienda, è stato validato applicando il modello di *Rasch*, validazione eseguita da parte dell'Università degli Studi di Bologna, sotto la supervisione del prof. Trevor Bond - The Hong Kong Institute of Education.

Le attività di raccolta dati ed elaborazione sono effettuate nel completo rispetto della normativa sulla privacy, avvalendoci di una **organizzazione esterna ed indipendente** che, attraverso interviste telefoniche raccoglie le valutazioni dei pazienti/utenti che hanno usufruito delle prestazioni dell'ospedale.

Inizialmente il Policlinico prevedeva la consegna di un questionario al paziente al momento della dimissione ma, dopo le prime esperienze, l'impegno del personale sanitario nella sensibilizzazione e consegna dei questionari cartacei ai pazienti si era rivelato impegnativo ed anche il ritorno, in termini di risposte, non era soddisfacente. Per tale motivo dal 2004 è stata attivata una collaborazione con una ditta specializzata nel settore e sviluppato un modello che ci ha consentito di standardizzare il monitoraggio, dalla somministrazione di un questionario fino all'elaborazione statistica, evitando così al personale infermieristico attività aggiuntive, e rendendo più fluido il processo di ritorno delle informazioni utili per la valutazione annuale e nel periodo di pre-budget.

La continuità della misurazione e il ritorno sistematico degli elaborati ha permesso all'Azienda:

- il monitoraggio e analisi di diversi fattori;
- la valutazione dell'efficacia di azioni intraprese sia a livello aziendale sia a livello di Unità operativa;
- la costruzione di uno storico, ossia la possibilità dell'analisi di trend. In particolare l'analisi dello storico ci ha permesso, anche tramite la valutazione incrociata con i dati delle segnalazioni e reclami, alcune considerazioni sui fattori che sono migliorati e su quelli che necessitano di maggior presidio. Tale valutazione (2004-2008) ci ha permesso nel 2009 di effettuare anche uno snellimento del numero di item ossia una selezione mirata e giustificata di alcuni fattori da proporre nel monitoraggio annuale in corso, e tale scelta ha comportato anche un risparmio sui costi.

Da questa premessa la scelta dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna non può essere che quella di continuare ad effettuare la rilevazione della qualità percepita con gli strumenti (questionario) e la metodologia già sperimentata, ed affinata ogni anno sulla base di nuove esigenze, sempre salvaguardando la confrontabilità con lo storico aziendale ed assicurando continuità nella valutazione dei risultati, con particolare attenzione alla correlazione con le aree tematiche individuate dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

Il cambiamento dello strumento in questo momento ed in prospettiva anche per il prossimo triennio non consentirebbe la confrontabilità raggiunta. Per tale aspetto si rimanda alla sezione Metodologia.

Le Unità Operative con degenza, coinvolte nel monitoraggio annuale sono 56 (100%) suddivise in 7 Dipartimenti. A queste si aggiungono 35 UU.OO. valutate per l'area *Day Hospital* e *Day Surgery*.

Nel 2008 sono state effettuate le seguenti interviste ai pazienti (la misurazione 2009 è ancora in corso):

- 3.390 Area degenza;
- 1.113 Day Hospital/Day Surgery;
- 600 Pronto Soccorso;
- 8.866 Area dei servizi diagnostici e ambulatoriali.

⁵ A cura di Maurizio Capelli, Federica Filippini e Anna Pavani – Ufficio Comunicazione, Informazione, Marketing e Qualità, AOU Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna.

Obiettivi di analisi

L'obiettivo della misurazione della qualità percepita in Azienda è quello ministeriale e regionale ed è focalizzato sulla conoscenza del parere del cittadino che utilizza il Servizio Sanitario per poter sviluppare e realizzare attività di miglioramento e rafforzare il rapporto di fiducia fra l'ospedale e la comunità.

L'azienda intende proseguire nella misurazione della *Customer Satisfaction* applicandola alle seguenti aree:

- degenza – *Day Hospital* – *Day Surgery*

per

- monitorare le caratteristiche dei cittadini che fruiscono dei servizi sanitari;
- acquisire informazioni "dalla parte del cittadino" circa i livelli di soddisfazione della qualità del trattamento ricevuto;
- comparare i risultati tra UU.OO. – Dipartimenti – Azienda;
- valutare il trend storico;
- analizzare i dati e rapportarli ad azioni aziendali attivate;
- valutare l'efficacia delle stesse;
- identificare e monitorare item critici ed ad alto impatto per il cittadino;
- identificare e monitorare item correlati a progetti avviati o ad azioni in corso;
- coinvolgere le UU.OO. / Dipartimenti / Direzioni aziendali / CCM nella valutazione dei risultati e nell'attivazione di azioni.

Metodologia

1. Strumenti

Per i motivi espressi nella premessa, ossia per aver già effettuato in passato una esperienza deludente con la consegna diretta dei questionari ai pazienti e per il fatto di aver a disposizione un sistema ormai collaudato dal 2004, l'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna è propensa a continuare l'applicazione nel 2010 – 2012 della metodologia adottata, che in questi anni ci ha permesso di ottenere risultati sistematici e nei tempi dovuti.

Ciò comporterebbe il mantenimento della struttura del questionario dall'azienda, le domande relative agli item da indagare e la scala a tre livelli (questionario validato).

Naturalmente siamo consapevoli dell'importanza dell'iniziativa dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale: il lavoro sperimentale effettuato dal gruppo regionale ha avuto il pregio di stimolare le aziende sulla tematica della misurazione della qualità percepita, di mettere a confronto i vari dubbi ed aspettative nell'adozione di uno strumento validato e di ricercare la migliore soluzione metodologica coerente anche con le peculiarità organizzative delle singole Aziende, comprese risorse e responsabilità.

La scelta di cambiare uno strumento non può però non tener conto delle esperienze pregresse: l'applicazione del questionario regionale metterebbe la nostra Azienda in condizioni di rinunciare ad un modello che con impegno, ricerca e risorse che ci ha portato risultati soddisfacenti.

Come già esplicitato al responsabile del progetto regionale, i referenti della nostra Azienda hanno lavorato con entusiasmo alla creazione del questionario regionale, seppur con la consapevolezza della difficoltà di applicazione nella nostra realtà. In particolare lo strumento si configura non particolarmente adatto al tipo di rilevazione telefonica da noi già sperimentata, sia per la formulazione degli item sia per la scala a 6 classi, troppo lunga soprattutto se associata anche ad un'altra scala da noi applicata, che attribuisce il grado di importanza ai singoli fattori, necessaria per costruire le mappe di priorità.

Il questionario validato e in uso presso l'Azienda sostanzialmente non si differenzia da quello regionale sia per le **fasi del percorso** (prima, durante e dopo la prestazione) sia per le aree tematiche (personale, privacy, dolore, aspetti organizzativi, ambienti e aspetti alberghieri). I fattori, anche se descritti con modalità differenti in termini di domanda, indagano gli aspetti proposti dalla Regione:

- **modalità d'accesso;**
- **personale** medico, infermieristico e di supporto;
- **privacy;**
- **trattamento del dolore;**
- **aspetti organizzativi;**
- **ambienti;**
- **servizi alberghieri.**

La scala utilizzata, anch'essa validata, si suddivide in insoddisfatto, soddisfatto e deliziato a cui si associa la richiesta, per ciascun fattore, di esprimere l'importanza (punteggio crescente da 1 a 5).

In pratica la scala a tre punti si correla alla scala regionale a sei come presentata nella figura 1

Figura 1. Schema della scala di valutazione

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

Ripercorrendo lo schema già impostato dall’Agenzia sanitaria e sociale regionale riportiamo la correlazione con il questionario da noi applicato, in termini di presenza dei fattori da indagare.

Legenda

SI = dimensione a tutt’oggi presente

NO = manca (e quindi da contemplare)

Fino all’anno xxx= dimensione il cui monitoraggio è stato sospeso nel 2009 dopo valutazione giustificata

FASE 1: PRIMA DELLA PRESTAZIONE:

Area di indagine	Dimensioni della qualità indagate	Presente AOSP SI/NO/ecc.
Modalità di accesso	- programmato - d’urgenza - altro	- SI - SI - SI
Aspetti organizzativi	- Tempi d’attesa tra prenotazione e ricovero (se programmato) - Tempi d’attesa tra arrivo in reparto e momento in cui è stato dato il letto	- presente fino al 2008 - NO
Personale	- Informazioni ricevute prima del ricovero - Materiale informativo ricevuto al momento del ricovero	- presente fino al 2008 - presente fino al 2008

FASE 2: DURANTE LA PRESTAZIONE RICEVUTA

Area di indagine	Dimensioni della qualità indagate	Presente AOSP SI/NO/ecc.
Personale (gentilezza, disponibilità, informazioni fornite)	Cortesia /gentilezza del medico	- presente fino al 2008
	Cortesia /gentilezza dell'infermiere	- presente fino al 2008
	Ascolto delle esigenze da parte del medico	- SI
	Ascolto delle esigenze da parte dell'infermiere	- SI
	Informazioni su condizioni di salute da parte del medico	- SI
	Informazioni sui rischi legati alle cure da parte del medico	- SI e collegato al consenso
	Tempo dedicato da parte del medico	- NO
	Capacità di mettere a proprio agio da parte dell'infermiere	- SI MA FORMULATO DIVERSAMENTE (ns capacità di comprendere e rispondere esigenze specifiche)
	Disponibilità a dare chiarimenti da parte dell'infermiere	- SI MA FORMULATO DIVERSAMENTE (ns item 1. capacità di comprendere e rispondere esigenze specifiche 2. Disponibilità, cordialità ed attenzione nei rapporti da parte degli infermieri nel corso della degenza)
	Aiuto ricevuto per la propria igiene personale (personale non sanitario)	- SI MA FORMULATO DIVERSAMENTE (ns La presenza e reperibilità del PERSONALE INFERMIERISTICO a fronte delle sue necessità cioè quando ne aveva bisogno)
Privacy	Nello scambio di informazioni riservate	- SI MA FORMULATO DIVERSAMENTE
	Nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza	- SI MA FORMULATO DIVERSAMENTE
Trattamento del dolore	Informazioni sul trattamento del dolore	- SI MA FORMULATO DIVERSAMENTE
	Terapia del dolore	Noi abbiamo unica domanda "L'attenzione del personale sanitario per il sollievo del dolore, cioè per ridurlo o evitarlo"
Aspetti organizzativi (tempi, accessibilità, collegamenti)	Collaborazione tra il personale	- NO
	Comunicazione con altri reparti	- NO
	Orari di visita	- presente fino al 2008 (item espresso come: efficienza dell'organizzazione del reparto e efficienza organizzazione di altri reparti utilizzati per servizi specialistici)
Ambienti (comfort, igiene...)	Manutenzione delle strutture e dei locali	- NO
	Pulizia delle stanze e dei corridoi	- SI
	Pulizia dei bagni	- SI
	Temperatura delle stanze	- Si ma rientra nel comfort della sua stanza
	Tranquillità nel reparto	- fino al 2005 (attualmente rientra nel comfort della stanza)
	Disponibilità di spazio nelle camere	- Si (attualmente rientra nel comfort della stanza)
Servizi alberghieri	Qualità del cibo	- SI
	Possibilità di scelta del menù	- SI
	Orari dei pasti	- fino al 2008
	Igiene della biancheria dei letti	- fino al 2008, noi avevamo (Qualità delle lenzuola del letto – e ricambio)
	Comodità dei letti	- fino al 2008

FASE 3: DOPO LA PRESTAZIONE

Area di indagine	Dimensioni della qualità indagate	Presente AOSP SI/NO/ecc.
Personale	- Cure da seguire a casa	fino al 2008: (NON espresso così - Completezza/chiarzza info sulla lettera dimissione/fornite verbalmente,su terapie e controlli post dimissione)
	- Controlli successivi da effettuare	fino 2008 (NON espresso così - Completezza/chiarzza info sulla lettera dimissione/fornite verbalmente,su terapie e controlli post dimissione)
	- Sintomi da tenere sotto controllo	NO
	- Personale a cui rivolgersi	FINO AL 2008: (NON espresso così - Completezza/chiarzza info sulla lettera dimissione/fornite verbalmente,su terapie e controlli post dimissione)
Valutazione complessiva	- Importanza attribuita ad aspetti dell'assistenza	---
	- Valutazione complessiva	SI in termini di overall
	- Rispetto delle aspettative	SI in termini di overall
	- Percezione stato di salute	fino al 2007: avevamo l'esito del ricovero in termini di miglioramento - risoluzione problema. Ora non più
	- Suggerimenti:	SI commenti spontanei

2. Modalità di somministrazione

- A chi viene somministrato (solo utenti, utenti e familiari...):
R: Solo utenti.
- Quali modalità di somministrazione vengono utilizzate:
a. Autosomministrazione in ospedale (presso il PARE – ALP con questionari ad hoc).
b. Somministrazione telefonica (viene adottata una informativa aziendale che solleva l'utente dalla firma della liberatoria, come da istruzione operativa IOA29 validata dal Responsabile Privacy Aziendale ed approvata dal Garante della Privacy. Inoltre nel questionario vi è una introduzione che l'intervistatore legge prima di proseguire o meno nell'intervista dove viene ripreso l'aspetto della privacy e trattamento dei dati).
- Quando viene somministrato (in che momento del percorso: all'uscita, a casa dopo tot giorni...):
R: Entro 15 – 20 gg dalla prestazione.
- Dove viene somministrato (Dipartimenti, Unità Operative, Servizi, ecc...):
R: Tutte le U.O. aziendali con degenza.
- Chi eventualmente è stato scelto per la consegna o per la somministrazione:
R: ditta CAI spa.
- Descrizione della eventuale pubblicizzazione dell'indagine all'interno e all'esterno dell'Azienda (ad es. tramite lettera di presentazione dell'indagine):
R: informativa privacy; lettera direttore Generale, news portale, risultati intranet, bilancio di missione, incontri con Comitato Consultivo Misto.

3. Campione

- Caratteristiche della popolazione (Utenti? Ricoveri? Accessi?):
R: accessi.
- Tipo di target: scelta unità/casi (pazienti, familiari, altri; unità operative/reparti):
R: pazienti.
- Selezione dei casi: tipo di campionamento (probabilistico/non probabilistico):
R: non probabilistico per quote sugli accessi anno precedente.
- Ampiezza del campione:
R: per quote.
- Criteri di inclusione/esclusione dal campione (età, condizioni psico-cognitive, ecc...):
R: no stranieri.
- Variabili di stratificazione (es. età, sesso, patologia, tipo di ricovero, ecc...):
R: presenti ma non utilizzate per analisi stratificate.
- Eventuale quota minima di questionari per ogni Unità Operativa:
R: dipende dal numero accessi da 50 a 70.
- Eventuali Unità Operative escluse per bassi flussi di dimissione:
R: nessuna, in quanto si calcolano le quote sul numero degli accessi in modo che il numero dei pazienti intervistati sia statisticamente significativo.

4. Periodo della rilevazione

2010-2012.

5. Immissione, trattamento ed elaborazione dei dati

DESCRIZIONE DEGLI STRUMENTI PER L'ELABORAZIONE DEI DATI:

- Modalità di input dati (manuale, elettronica con lettore ottico).
- Chi si occupa dell'immissione e se è prevista formazione (se necessaria) sulle accortezze e i criteri da rispettare in fase di codifica, immissione dati, archiviazione dei cartacei e dei file informatici a coloro che inseriscono i dati.

R: Entrambe a carico della ditta CAI spa (ditta certificata ISO) secondo protocolli informatizzati.

DESCRIZIONE DELLE ELABORAZIONI:

- Eventuali analisi per la validazione dello strumento: attendibilità e validità dei dati (analisi delle strutture o fattoriale; alfa di Cronbach):
R: Test di Rash
- Scala di valutazione utilizzata:
R: A tre livelli e a corredo per ciascuna domanda vi è la richiesta di punteggio (importanza) da 1 a 5 per calcolare le mappe di priorità da cui si estraggono gli item significativi per il miglioramento / monitoraggio sia a livello aziendale, dipartimentale e di u.o.

6. Suggerimenti metodologici e operativi

- sensibilizzazione della Direzione aziendale e dei direttori;
- attivazione di gruppi di discussione – ricerca per l'armonizzazione metodologica e che permetta il confronto tra le varie realtà regionali, con il coordinamento regionale;
- valutazione e discussione delle esperienze: confronti costruttivi;
- ricerca di un partner comune esterno che aiuti le varie Aziende nella Misurazione e favorisca il benchmarking. Abbattimento dei costi di investimento per ottenere risultati comparabili;
- promozione dell'iniziativa e diffusione dei risultati (anche attraverso il portale aziendale);
- promozione delle azioni attivate da parte dell'Azienda e trasparenza.

ALLEGATI

QUESTIONARIO REGIONALE

**“La qualità della cura in ospedale” (a disposizione dell’Assr;
accesso su richiesta)**