

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORATO DELL'IGIENE, DELLA SANITÀ E
DELL'ASSISTENZA SOCIALE

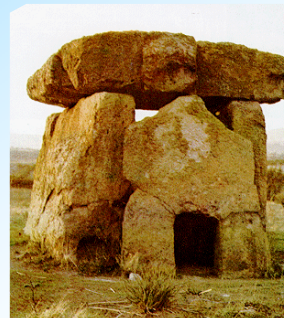


LA QUALITÀ DELLA
SANITÀ IN SARDEGNA
QUADERNI D'INFORMAZIONE



INDAGINE CONOSCITIVA VOLTA A
RILEVARE IL LIVELLO DI
SODDISFAZIONE DEI RICOVERATI
PRESSO LE STRUTTURE
OSPEDALIERE

PERIODO DI RIFERIMENTO:
DAL 15 LUGLIO 97 AL 15
GENNAIO 98



SERVIZIO DELLA PROGRAMMAZIONE E DEI CONTROLLI DI QUALITÀ E DI
GESTIONE
SETTORE DEI CONTROLLI DI QUALITÀ
1999

Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale
**Servizio della Programmazione e dei Controlli di Qualità e
di Gestione**
Luglio 1999

***Quaderni d'Informazione : la Qualità della Sanità in Sar-
degna***

Settore dei Controlli di Qualità
Via Roma 223 - 09123 Cagliari
tel. 070 6065242, 070 6065222 - fax 070 6065264
E-mail: tblanco@tin.it

Coordinamento Editoriale:

*Salvatore Blanco
Anna Mura
Antonello Pisu
Giorgio Sitzia*

Proprietà: Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza
Sociale

Printing: Centro Stampa Regione Sarda

SOMMARIO

PRESENTAZIONE DELL'ASSESSORE	5
INTRODUZIONE	7
LA VERIFICA E LA REVISIONE DELLA QUALITÀ	9
BREVE GLOSSARIO SULLA VERIFICA E REVISIONE DELLA QUALITÀ (VRQ)	13
IL DECALOGO DELLA QUALITÀ	53
L'INDAGINE	55
I RISULTATI	59
LE CONCLUSIONI	61
DISTRIBUZIONE PER AZIENDA DEI QUESTIONARI COMPILATI	63
CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE	67
LIVELLI DI SODDISFAZIONE ASPETTI GENERALI	73
ANALISI DEGLI ITEMS DEL QUESTIONARIO	79
IL QUESTIONARIO	91

PRESENTAZIONE DELL'ASSESSORE

Questa pubblicazione si prefigge due scopi: il primo, di portata più generale, è quello di fornire un contributo di riflessione, per quanto possibile di agile lettura, su alcuni principi portanti del processo di Riforma sanitaria basato sull'aziendalizzazione, con particolare riferimento alla "qualità dei Servizi".

Il piccolo Glossario, inserito nel contesto, vuole rispondere a quella necessità di costruire un "linguaggio della qualità", le cui parole abbiano un uguale significato per tutti. Tale esigenza è ormai avvertita ed espressa numerosi tanti operatori sanitari e sociali coinvolti nella realizzazione della Riforma in atto.

*Il **secondo** scopo, più specifico, è quello di dare conto delle risultanze dell'indagine conoscitiva svolta dall'Assessorato sul livello di soddisfazione dei cittadini ricoverati presso le strutture ospedaliere della Regione nel periodo **luglio 1997 - Gennaio 1998**.*

*Con questa indagine, basata sulla compilazione di un apposito **questionario** da parte dei **degenti ricoverati** in tutti i reparti ospedalieri nel periodo considerato, si è voluto dare concretamente voce alla opinione degli assistiti sia sul **trattamento ricevuto** da parte del **personale sanitario**, sia sull'**accoglienza** e sul **comfort** delle **strutture di ricovero**.*

*Pur con alcuni limiti, derivanti dal **ridotto numero** di questionari di rilevazione pervenuti da alcune Aziende (nel cui ambito non sembra sia stato dato all'indagine tutto l'impulso che meritava), l'analisi dei dati effettuata dagli Uffici fornisce certamente ai Direttori Generali **indicazioni** non trascurabili per **opportuni interventi di miglioramento** in presenza di giudizi di "**insufficiente**" o "**sufficiente**" espressi dai cittadini-clienti su taluni aspetti del trattamento ricevuto.*

E' bene infatti evidenziare che dai **16.703 questionari analizzati** emergono questi significativi giudizi:

Giudizio dei ricoverati su:	buono	sufficiente	insufficiente
Assistenza medica	45,4%	39,4%	15,1%
Assistenza Infermieristica	47,3%	35,7%	17,0%
Strutture di ricovero	32,3%	37,5%	30,2%
Aspetti organizzativi	34,0%	42,1%	23,8%

Sono dati sui quali si impone una serena riflessione poiché evidenziano l'esistenza di significativi spazi per:

- **azioni di correzione** delle situazioni di **insufficienza** e
- **azioni di ottimizzazione** delle situazioni di sufficienza verso livelli più elevati delle prestazioni erogate, per ottenere quel miglioramento della qualità dei servizi che il cittadino si attende.

Si tratta di **traguardi raggiungibili**, perché si parte da una base non trascurabile di giudizi positivi, ma occorre **sviluppare** il coinvolgimento di **tutti gli Operatori** e rendere più capillare la consapevolezza dell'obbligo, dell'importanza e della delicatezza di garantire al cittadino malato una **assistenza** veramente "**di qualità**" in tutte le strutture sanitarie.

La ripetizione dell'indagine, già prevista a breve scadenza, sarà un importante momento di verifica dei traguardi raggiunti in tale direzione.

Paolo Fadda

Assessore Igiene, Sanità e Assistenza Sociale

INTRODUZIONE

LA GESTIONE AZIENDALE E IL PIANO DELLA QUALITÀ

Il cammino verso l'aziendalizzazione, avviato con la 502/92 e la 517/97 e proseguito con i nuovi assetti gestionali nel 1994, sta andando progressivamente a regime. Il salto sostanziale consiste essenzialmente in un "riorientamento" dell'intero sistema dalle logiche del rispetto burocratico, delle regole, dell'assolvimento acritico dei compiti ad un impegno decisivo attorno ai risultati, all'orientamento al cittadino fruitore dei servizi, all'efficienza gestionale ed alla qualità tecnica e complessiva delle prestazioni e dei servizi.

E' un passaggio che richiede un radicale salto culturale, il coraggio per dare concretezza a nuovi paradigmi che possono guidare l'agire organizzativo e primi fra tutti:

- ☞ la responsabilizzazione dei professionisti
- ☞ la capacità di scegliere, di agire per priorità, di programmare servizi e livelli conseguenti di qualità
- ☞ la visione sistemica dell'agire organizzativo
- ☞ la centralità del cittadino
- ☞ la capacità di anticipare il futuro
- ☞ l'economicità della gestione.

L'idea di **qualità** che devono perseguire le Aziende, al di là di rischi di inutili enfasi o di facili ambiguità, coincide con la ricerca di percorsi di sviluppo e di innovazione globale dell'intero sistema organizzativo. La sfida è rappresentata dalla capacità di anticipare i processi evolutivi e

non di inseguirli.

La **qualità** che informa questo piano è innanzitutto una scelta di campo, una modalità di concepire la vita aziendale e supportare le scelte organizzative, ma è contemporaneamente adozione e utilizzo di metodologie di lavoro e percorsi operativi coerenti, quali il coinvolgimento dei cittadini e dei professionisti, la trasparenza delle azioni, la misurazione e la documentazione, la tensione al miglioramento continuo.

Lo sviluppo organizzativo delle Aziende deve proporsi di declinare in un pensiero progettuale unico, che ha nell'orientamento al cliente la sua guida fondamentale, le scelte, le azioni, gli obiettivi utili a mantenere adeguata l'organizzazione alla sua missione aziendale: *realizzare risultati di eccellenza per la soddisfazione dei cittadini/utenti con il minimo uso di risorse, in un sistema di compatibilità e di massime sinergie possibili e con la tensione verso il miglioramento continuo.*

Una visione unitaria e sistemica dell'organizzazione, l'attenzione ai segnali di cambiamento come espressione della centralità del cittadino e del contesto sociale di riferimento, la definizione di obiettivi e strategie unificanti, sono i capisaldi di una progettazione dello sviluppo organizzativo che si propone non solo la definizione delle regole, ma anche un'attenzione, necessaria per un reale cambiamento, alla cultura, all'etica, ad nuovo sistema di valori condiviso dell'Azienda.

Antonello Pisu

*Coordinatore del Servizio della
Programmazione e dei Controlli di
Qualità e di Gestione*

LA VRQ

VRQ è un acronimo che sta per **Verifica e Revisione della Qualità**. La VRQ è sostanzialmente un **metodo**, cioè un insieme di procedimenti di analisi e di valutazione che, applicati alla assistenza sanitaria, mirano a migliorarne la qualità. In altre parole, la **VRQ** si propone, attraverso l'esame dei diversi aspetti delle prestazioni sanitarie, di portare ad un continuo progressivo incremento della qualità delle prestazioni stesse. E' un procedimento continuo e mai concluso, in cui i risultati conseguiti sono premessa per ulteriori traguardi. In questo senso si differenzia, ad esempio, dalla ricerca: la **VRQ** trae dalla statistica e dall'epidemiologia la metodologia scientifica e di valutazione, ma mantiene sempre un fine applicativo di miglioramento della pratica clinica.

CHI EFFETTUA LA VALUTAZIONE

La valutazione è effettuata dagli stessi operatori ("**peer-review**", cioè valutazione fra pari), che autonomamente si danno gli strumenti di analisi e gli obiettivi da raggiungere, con lo scopo di evidenziare problemi, di individuare interventi correttivi, di agire per correggere e di verificare i risultati. La sostanza della valutazione è il confronto con gli altri, siano essi i partecipanti al gruppo di VRQ o invece più estesamente la comunità scientifica (che si esprime attraverso le **consensus conferences** e la letteratura).



LA QUALITÀ IN CAMPO SOCIO-SANITARIO

Nel concetto di **qualità dell'assistenza** rientrano diversi elementi, non sempre facilmente enucleabili come valore in sé:

- l'**EFFICACIA**, intesa come capacità di raggiungere obiettivi di ESITO (v. oltre); nel concetto di efficacia rientrano anche la competenza tecnico-scientifica e la minimizzazione del rischio
- l'**EFFICIENZA**, cioè il raggiungimento di un obiettivo mediante la utilizzazione ottimale delle risorse (rapporto costo/efficacia); nel concetto di efficienza rientra anche l'adeguatezza delle cure al paziente e alla malattia
- la **SODDISFAZIONE** (sia del paziente che dell'operatore), concetto difficile da definire e da maneggiare, ma tuttavia importante
- l'**ACCESSIBILITÀ**, cioè la disponibilità per tutti dei servizi sanitari (questo è considerato un pre-requisito).

COME SI VALUTA LA QUALITÀ

La valutazione può riguardare:

- la **STRUTTURA**, cioè le risorse impiegate (locali, strumenti, attrezzatura, personale, qualifiche professionali, ecc.)
- il **PROCESSO**, cioè l'esecuzione (organizzazione, procedure, manualità, compiti assegnati, ecc.)
- gli **ESITI**, cioè la risultanza dell'assistenza sanitaria; la lingua inglese dispone di due termini differenti per indicare l'esito: **OUTPUT**, cioè il risultato immediato (numero di visite effettuate, percentuale di adesione ad una vaccinazione, numero di interventi per équipe operatoria, ecc.), e **OUTCOME**, cioè il risultato a distanza (indici di mortalità e morbilità, incidenza di malattie infettive dopo vaccinazione, risparmio di spesa sanitaria per patologia, ecc.).

Più propriamente, la valutazione della struttura, del processo e dell'**output** rappresenta solo un passaggio intermedio, finalizzato comunque ad un miglioramento dell'**outcome**; quest'ultimo è quindi il vero obiettivo finale.

COME SI MISURA LA QUALITÀ

Sebbene ciò non sia sempre di facile attuazione, il filtro attraverso cui si misura la qualità è il **CRITERIO**. In VRQ per criterio si intende un elemento della attività sanitaria il cui verificarsi o meno permette di giudicare la qualità dell'assistenza. Il concetto di criterio è accompagnato da quello di **STANDARD** o **LIVELLO SOGLIA**, che è la percentuale di volte in cui il criterio deve essere soddisfatto per giudicare accettabile la qualità dell'assistenza. Esistono criteri (e relativi standard) di struttura, di processo e di esito. Facciamo un esempio:

- per valutare la qualità di uno studio medico si può decidere di prendere in considerazione la dotazione strumentale (struttura)
- a questo scopo si può dire che: "nel 100% dei casi deve esserci un lavabo con rubinetto a pedale"
- la frase precedente contiene un criterio ("deve esserci un lavabo con rubinetto a pedale") e uno standard ("nel 100% dei casi")
- in altre parole, il criterio è la enunciazione di un requisito e lo standard è la quantificazione del livello minimo di presenza del requisito, livello al di sotto del quale non si ha qualità sufficiente.

CHI DECIDE I CRITERI E GLI STANDARD

I criteri e gli standard vengono decisi dal gruppo di sanitari che intende iniziare una procedura di **VRQ** sul proprio operato. Come detto prima, la **VRQ** avviene come revisione fra pari: un gruppo che avvia un progetto di VRQ deve prevedere un preciso programma, che sia condiviso da tutti i partecipanti e che passi attraverso tappe ben definite:

- scelta dei problemi da affrontare e valutazione delle priorità
- definizione dei criteri di qualità per il problema considerato e dei relativi livelli soglia
- valutazione della situazione attuale
- identificazione degli elementi su cui intervenire
- effettuazione dell'intervento
- misura dei risultati.

IL CONFRONTO CON LA SCIENZA.

Il processo di autovalutazione del gruppo di **VRQ** (che sia esso un reparto ospedaliero, una équipe socio-sanitaria o un gruppo di medici di famiglia) può autonomamente darsi obiettivi originali di qualità del servizio, ma è utile che consideri lo stato attuale delle conoscenze scientifiche. Un modo riconosciuto come utile per comunicare la conoscenza clinico-scientifica è la **CONSENSUS CONFERENCE**: si tratta di riunioni multidisciplinari di esperti su un tema definito e ristretto, con lo scopo di produrre affermazioni corrette e indirizzi operativi per la pratica clinica. In altre parole, la consensus conference traduce in consigli di buona pratica clinica le acquisizioni più recenti della scienza. Il National Institute of Health promuove le consensus conferences come importante strumento di bilancio delle conoscenze e di divulgazione delle stesse.

BREVE GLOSSARIO SULLA VERIFICA E REVISIONE DELLA QUALITÀ (VRQ) DA UTILIZZARSI NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE SARDEGNA

La crescente complessità delle società contemporanee avanzate si rivela anche nel moltiplicarsi e nell'estrema frammentazione degli ambiti e delle attività umane. Contemporaneamente si pone in modo sempre più impellente il problema della comunicazione e diviene visibile e pressante la necessità di creare e diffondere una **terminologia comune e condivisa**, sia pure multilingue, che offra la possibilità di **utilizzare termini** a cui viene dato lo **stesso significato**.

Nei sistemi sanitari in particolare, col graduale consolidamento dei concetti di promozione della salute e di prevenzione, va sviluppandosi la consapevolezza dell'indispensabile coinvolgimento di tutti i più importanti settori della vita sociale ed economica in cui la salute stessa viene determinata.

A tal fine deve essere realizzata una **convergenza** sull'uso corretto ed appropriato dei **molteplici termini** tecnici adottati in questo contesto.

Già a partire dagli anni '60, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha affrontato questo problema, in riferimento alla creazione di un nomenclatore standardizzato, multilingue e internazionale per la terminologia sanitaria, atto a risolvere le difficoltà interpretative derivanti appunto **dall'assenza di termini univoco di riferimento** in grado di assicurare, in modo accurato, veloce e semplificato, la comunicazione interdisciplinare in campo socio-sanitario.

Da tempo, fra gli operatori sociosanitari è sentita la necessità di costruire, all'interno del Sistema Sanitario Regione Sardegna, un **linguaggio della qualità** le cui parole abbiano uguale significato per tutti.

Le ormai frequenti occasioni di incontro e di discussione fra i

responsabili aziendali, i corsi di formazione attivati nelle Aziende Sanitarie per l'introduzione della filosofia e degli strumenti del miglioramento continuo della qualità, i gruppi di lavoro per lo sviluppo della Carta dei Servizi sono risultati **opportunità rilevanti di discussione.**

Tale confronto ha consentito di elaborare, e a volte di assumere, definizioni che, se anche in alcuni casi provvisorie, possono tuttavia rappresentare il primo nucleo di un glossario condiviso di **termini** attinenti la **qualità.**

Il numero dei vocaboli verrà integrato e le definizioni perfezionate, man mano che il cammino comune consentirà di concordare sul **significato delle parole.**



Glossario

A

Accessibilità (accessibility): La possibilità per l'utente di utilizzare tempestivamente un servizio.

Accettabilità (acceptability): Opinione degli utenti nei confronti dell'eventuale ricorso ad un servizio o ad una prestazione.

Accreditamento (accreditation): Processo attraverso il quale una agenzia o altra organizzazione indipendente valuta e riconosce che un corso di studi o una istituzione corrispondono a standard pre-definiti (WHO). Si definiscono nel mondo due grandi tipologie di accreditamento delle organizzazioni sanitarie: per pubblica regolamentazione (Spagna – Catalogna, Italia); professionale (USA, Canada, Australia – King's Fund).

Nota: In Italia si usa la parola "accreditare" in quattro contesti:

- a) contesto: **Decreto Legislativo 502/92 (art. 8 comma 7) e successive modifiche e integrazioni:** *'instaurazione di nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accREDITamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione di sistemi di verifica e revisione della qualità delle attività e delle prestazioni...'* Compete alle Regioni la introduzione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica della qualità dei servizi, a partire dalla autorizzazione ad operare già posseduta (requisiti minimi)
- b) contesto: **accredITamento professionale.** Attivato dalla Società Italiana di VRQ, da società scientifiche e da gruppi di professionisti, di natura volontaria, secondo il modello dei paesi anglofoni, realizzato mediante visite scambievoli fra pari. Tale modalità di verifica della qualità deve integrarsi con l'accREDITamento istituzionale. Il contributo dei professionisti al miglioramento della qualità delle prestazioni è fondamentale in relazione alle specifiche attività del processo assistenziale
- c) contesto: **enti di certificazione:** Gli enti per potersi proporre come verificatori dei requisiti previsti dalle Norme UNI EN ISO, debbono essere accREDITati come idonei da un ente sovraordinato (per l'Italia il SINCERT)
- d) contesto: **accredITamento laboratori di prova.** I laboratori che 'provano' materiali e tecnologie, secondo la normativa internazionale debbono essere accREDITati a farlo. Si applicano ad essi le norme della serie EN ISO 45000.

Accuratezza (accuracy): Concordanza tra la stima di una variabile e il suo valore reale.

Adesione (compliance): Conformità del comportamento del paziente alla prescrizione o al consiglio.

Adeguatezza (adequacy): Disponibilità di attività e risorse in qualità e quantità tali da permettere il raggiungimento degli obiettivi desiderati.

Adeguatezza (adequate): Commisurato alle esigenze.

Ambiente delle risorse (resource environment): I mezzi disponibili per una società per raggiungere determinati obiettivi di salute o per costruire un ambiente di sostegno che aiuti a raggiungerli. La quantità e la disponibilità di risorse per gli individui e per la società costituisce in modo chiaro un determinante chiave per la potenzialità della salute. Fra le risorse necessarie per la creazione di un ambiente di sostegno per la salute ci sono: le risorse finanziarie, che possono derivare dal settore pubblico, da quello del commercio e da fonti individuali; le risorse delle infrastrutture, che vanno da quelle fisiche (strade, fognature, ecc.) a quelle legislative, normative e amministrative (potere, leggi, ispezioni, ecc.), a quelle informative che, trasmesse in modo formale o informale, sono chiaramente indispensabili per creare un ambiente di sostegno per la salute; infine, le risorse personali, le capacità e le professionalità degli individui.

Ambiente economico (economic environment): I fattori economici non controllabili direttamente dagli individui, che incidono sulla salute o sugli stili di vita che producono salute.

Ambiente fisico (physical environment): I fattori fisici, chimici e biologici interni all'ambiente domestico, di vita e di lavoro, non controllabili direttamente dagli individui, che incidono sulla salute. Fra quelli più importanti ci sono: la qualità dell'aria e delle acque, il rumore, la gestione dei rifiuti (domestici, industriali, nocivi, tossici), altre fonti di sostanze pericolose (come i metalli pesanti e alcune sostanze chimiche che persistono nell'ambiente), le radiazioni, gli alloggi e gli altri edifici, gli spazi aperti, le aree e i parchi naturali, le strutture globali (come lo strato di ozono e il ciclo del carbonio).

Ambiente globale (total environment): Tutti gli aspetti identifica-

bili dell'ambiente sociale, economico, fisico e delle risorse che possono determinare e influenzare la salute degli individui o di gruppi di essi.

Ambiente politico (*political environment*): Il fatto che una società sia politicamente aperta o chiusa, partecipativa o autoritaria, laica o religiosa, democratica o non democratica, in situazione di pace o di guerra ha una rilevante influenza sulle potenzialità della promozione della salute. Quindi, questioni come i diritti umani, le strutture costituzionali, la natura dei partiti politici e delle altre istituzioni di rappresentanza, la libertà di informazione e l'accesso alle informazioni sono in rapporto con la salute e con la sua promozione.

Ambiente sociale (*social environment*): L'ambiente sociale consiste nelle norme, nei valori, nei costumi, nei modelli, nelle usanze (in cui può essere incluso il lavoro), nei pregiudizi e nelle credenze di una società. Tutto ciò varia in modo rilevante da società a società, sebbene in ciascuna società il profilo complessivo possa essere o meno di sostegno alla salute. L'ambiente sociale viene condizionato attraverso i mass-media, sollevando, in tal modo, la questione del ruolo che i mezzi di comunicazione esercitano nella creazione di ambienti di sostegno per la salute. Esso, inoltre, viene istituzionalizzato nella famiglia, nella comunità (che può essere definita sia in termini etnici che geografici), e nello Stato. I fattori sociali e culturali che influenzano la percezione della salute e il corso delle azioni per raggiungere il suo livello più elevato all'interno di un gruppo sociale. Essi comprendono norme, valori, costumi, modelli, usanze (incluse quelle lavorative), pregiudizi e credenze che vengono istituzionalizzati nella famiglia, nella comunità e nella nazione.

Analisi costi-benefici (*cost-benefit analysis*): Confronto sistematico, in termini monetari, di tutti i costi e di tutti i benefici di programmi alternativi al fine di determinare: (a) quale programma o combinazione di programmi darà il maggior contributo al raggiungimento di obiettivi predeterminati sulla base di investimenti fissi, o (b) la grandezza del beneficio che risulta dai programmi utilizzando l'investimento minimo. Devono essere determinate le risorse necessarie per unità di beneficio e deve essere tenuto in conto il fatto che i costi e i benefici variano nel tempo. Un metodo per determinare e confrontare i costi e i benefici di un program-

ma in cui tutti i costi e tutti i benefici sono espressi in termini monetari.

Analisi costi-efficacia (*cost-effectiveness analysis*): Procedura utilizzata quando i benefici sono difficili da misurare o quando quelli misurabili non sono commensurabili. Metodo che ha lo scopo di misurare i costi relativi di modalità alternative per il raggiungimento di obiettivi. È simile all'analisi costi-benefici ad eccezione che i benefici, anziché essere espressi in termini monetari, sono espressi in termini di benefici raggiunti, per esempio numero di vite salvate o numero di giorni senza malattia. Studio organizzativo sui metodi di promozione dello sviluppo dei servizi sanitari essenziali.

Approccio (*approach*): Mezzo o metodo per raggiungere un obiettivo o una meta.

Approccio di assistenza sanitaria di base (*primary health care approach*): La costruzione di un sistema sanitario secondo i criteri definiti ad Alma-Ata, dove l'assistenza sanitaria di base costituisce una funzione centrale e il centro di interesse che si basa sul sostegno fornito dagli altri settori del sistema sanitario.

Approccio sulla base del rischio (*risk approach*): Un tipo di approccio che consiste nell'identificare e nel destinare maggiori cure a quegli individui e gruppi che, per motivi biologici, ambientali e socioeconomici, si trovano in particolari condizioni di rischio per la loro salute, oppure hanno maggiori probabilità di essere colpiti da malattie specifiche, oppure i loro problemi di salute hanno un'attenzione inadeguata.

Appropriatezza: Un intervento è appropriato quando è indicato nella condizione in esame ed è effettuato al livello migliore.

Area di programma (*programme area*): Settore di lavoro di una organizzazione che corrisponde generalmente all'orientamento politico. Si basa su di uno o più programmi principali.

Assistenza sanitaria di base (*primary health care*): Assistenza sanitaria essenziale, resa accessibile a costi che lo Stato e la comunità possono affrontare, erogata con metodi pratici, scientifici, e socialmente accettabili.

Assistenza sanitaria di secondo livello (*secondary health care*): Assistenza di tipo più specialistico di quella che può essere offer-

ta a livello molto decentrato, per esempio, diagnosi radiografiche, chirurgia generale, assistenza alle donne con complicazioni della gravidanza e del puerperio e cura di malattie poco diffuse o gravi. Questo tipo di assistenza viene erogata da parte di personale esperto presso strutture ospedaliere di livello distrettuale o provinciale.

Assistenza sanitaria di terzo livello (tertiary health care): Assistenza altamente specializzata che richiede attrezzature specifiche, nonché l'assistenza da parte di operatori sanitari altamente specializzati (esempio, neurochirurgia o cardiocirurgia).

Atteggiamenti: Modi di porsi degli individui all'interno della organizzazione. Si costruiscono sulla condivisione dei valori aziendali: ne deriva **impegno** (commitment), **condivisione** degli obiettivi aziendali (allineamento) e **responsabilizzazione** (vedi professionalità).

Attività (activity): Compito o insieme correlato di compiti che hanno l'obiettivo di realizzare un prodotto. Insieme di operazioni organizzate e finalizzate. Nel linguaggio organizzativo le operazioni sono gli elementi più parcellizzati, il primo livello di sintesi sono le attività, l'insieme di attività connota il processo. Le attività si realizzano per il concorso equilibrato degli individui, dei metodi di lavoro e delle tecnologie.

Autocura (self-care): Attività sanitarie non organizzate e decisioni sanitarie che vengono realizzate ed assunte da individui, famiglie, vicini, amici, colleghi. Esse comprendono il mantenimento della salute, la prevenzione delle malattie, l'autodiagnosi, l'autocura, compresa l'automedicazione, nonché l'assistenza di follow-up successiva al contatto con i servizi sanitari.

Audit: Talora sinonimo di revisione tra colleghi o pari o anche di Verifica e Revisione della Qualità. In genere si riferisce invece a progetti di VRQ retrospettivi che utilizzano come fonte di informazione le cartelle cliniche. Analisi critica e sistematica della qualità della assistenza medica (o sanitaria) che include le procedure utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse, gli outcome risultanti e la qualità di vita per i pazienti (Definizione Brit. Govern. 1985). Viene realizzata utilizzando vari metodi di valutazione. Molto usata nel Regno Unito come strumento per il monitoraggio di standard professionali (tecnici e

interpersonali) nella erogazione delle cure. **Medical audit** valutazione degli elementi che dipendono dal giudizio medico. **Clinical audit**: valutazione degli elementi che non dipendono dal giudizio medico. **Professional audit**: valutazione degli elementi che dipendono dalla attività di professionisti sanitari non medici. **Service audit**: valutazione complessiva del servizio erogato. La parola audit viene utilizzata anche in altri contesti; **audit di qualità**: valutazione esterna della qualità di un servizio/organizzazione; **audit del sistema qualità**: valutazione del sistema di assicurazione di qualità di una organizzazione, sviluppato in modo indipendente da un gruppo di persone appartenenti alla organizzazione.

Autorafforzamento (self-empowerment): Raggiungimento dell'autonomia personale attraverso lo sviluppo e l'uso di capacità per affrontare la vita.

Autoresponsabilità (self-reliance): La capacità di un individuo, di una comunità, o delle autorità nazionali di prendere l'iniziativa per assumere la responsabilità dello sviluppo della propria salute, adottando misure comprensibili ed accettabili, essendo consapevoli delle proprie forze e delle proprie risorse e del modo di usarle, e sapendo quando e perché è il caso di rivolgersi ad altri per sostegno e cooperazione.

Autosufficienza (self-sufficiency): La capacità di un individuo, di una comunità, o delle autorità nazionali di prendere l'iniziativa per assumere la responsabilità dello sviluppo della propria salute, adottando misure comprensibili ed accettabili, essendo consapevoli delle proprie forze, delle proprie risorse e del modo di usarle, e basandosi esclusivamente su quelle forze e risorse.

Autorizzazione: Si definisce 'autorizzazione' un atto giuridico che ha la natura della rimozione di un divieto. Si realizza mediante la verifica del possesso, da parte di chi la richiede, di requisiti predichiarati e oggettivamente posseduti.

Azienda: Sistema di processi economici che si svolgono in istituti sociali di diverse specie cui si applicano il principio obiettivo della razionalità economica (massimizzazione del risultato con minimo impegno di risorse) e i criteri della corretta amministrazione. Si distinguono aziende con finalità di reddito e aziende senza finalità di reddito (profit e non profit).

Azienda sanitaria: Soggetto giuridico, pubblico o privato che offre attività o prestazioni sanitarie.

Azienda sanitaria pubblica: tipica azienda senza finalità di reddito (non profit) che non si prefigge come scopo la remunerazione del capitale investito bensì l'acquisizione e/o l'erogazione di servizi di interesse collettivo primario.

Azione intersettoriale (intersectoral action): Azione in cui il settore sanitario e altri settori collaborano in modo pertinente per il raggiungimento di finalità, con la garanzia che i contributi da parte dei settori differenti sono coordinati in modo preciso. Per ragioni pratiche, azioni intersettoriali e azioni multisettoriali vengono considerate sinonimi, con la prima espressione viene maggiormente evidenziato l'elemento del coordinamento, mentre con la seconda il contributo dei vari settori.

Azione multisettoriale (multisectoral action): Azione nella quale il settore sanitario e gli altri settori collaborano per il raggiungimento di finalità comuni, attraverso contributi strettamente coordinati da parte dei vari settori. Per ragioni pratiche, l'azione intersettoriale e l'azione multisettoriale sono sinonimi, il primo, forse, mette in rilievo l'aspetto del coordinamento, mentre, il secondo, il numero di settori coinvolti.



B

Benchmarking: Tecnica manageriale che consiste nel confrontare il vissuto della propria azienda con quello delle aziende migliori al fine di razionalizzare obiettivi, strategie e processi e raggiungere l'eccellenza, tramite l'individuazione di fattori critici di successo ed elementi guida. Il confronto avviene alla pari su risultati e processi di produzione.

Bisogno espresso: Bisogno percepito che dà luogo al ricorso ad un servizio sanitario.

Bisogno percepito: Convinzione soggettiva di una persona di avere un problema di salute per il quale pensa che sarebbe utile ricorrere ad un servizio sanitario.

Bisogno definito professionalmente: Condizione per la quale il ricorso ad un servizio sanitario potrebbe essere utile alla luce delle evidenze scientifiche. Può corrispondere o meno ad un bisogno percepito o a un bisogno espresso.

Bisogno formativo: Scarto tra competenze possedute e quelle necessarie per svolgere il proprio ruolo professionale.

Budget di programma (programme budget): Documento che fornisce i dettagli delle attività dei programmi di medio periodo, contestualmente con i relativi budget, da realizzare in ciascun dei tre bienni che formano il periodo del Programma Generale di Lavoro.

Budget di programma strategico (strategic programme budget): Strumento prospettico di gestione per allocare risorse finanziarie per un periodo biennale nelle aree di programma e nei programmi principali.

Business process re-engineering (BPR): Tecnica manageriale che consiste nel provocare un cambiamento qualitativo radicale (breakthrough) ridisegnando completamente un processo considerato inefficace e/o inefficiente.

C

Capacità: Aspetto organizzativo soft che incide sui livelli degli output. Si basa principalmente sulla motivazione e sulla comunicazione.

Caratteristica: Ciascuno degli aspetti peculiari che costituiscono le note distintive di un oggetto (nel nostro caso di un servizio/prestazione). Le caratteristiche scelte per rappresentare l'oggetto si definiscono come requisiti.

Carta dei servizi: Documento contrattuale adottato dai soggetti erogatori di servizi pubblici attraverso il quale si esplicitano mission, criteri di relazione e standard di qualità dei servizi erogati. Nel caso dei servizi sanitari esso è redatto sulla base dei principi indicati nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M. 19/5/95).

Circoli di qualità: Piccoli gruppi di professionisti volontari e interprofessionali, legati a precisi contesti organizzativi (Unità Operative) per i quali ricercano il miglioramento continuo, intervenendo con metodi precisi (PDCA).

Cliente: Destinatario di un prodotto e/o di un servizio. Può essere una unità interna, un fruitore specifico intermedio rispetto al prodotto finale (in questo caso si parla di "cliente interno").

Coinvolgimento della comunità (community involvement): Coinvolgimento attivo delle persone, che vivono insieme in una forma di organizzazione o coesione sociale, nella programmazione, nel funzionamento e nel controllo dell'assistenza sanitaria di base, utilizzando risorse locali, nazionali o di altra provenienza. Il termine "coinvolgimento della comunità" è da preferire a quello di "partecipazione della comunità" perché implica una più profonda e personale identificazione dei membri della comunità con l'assistenza sanitaria di base. Nel coinvolgimento della comunità gli individui e le famiglie assumono la responsabilità per la salute e il benessere proprio e della comunità, e sviluppano la capacità di contribuire allo sviluppo proprio e della comunità

Competenza: Aspetto organizzativo hard: sono le capacità individuali agite. Deriva da esperienza o studio e definisce all'interno

della organizzazione lo "spazio" (cioè i compiti assegnati) e l'autorità nel ricoprirlo (vedi professionalità). Insieme delle capacità professionali richieste per svolgere un compito o una funzione.

Compito (task): Parte di un lavoro che deve essere realizzato.

Componente dell'attività (activity component): Qualsiasi elemento dell'attività che può essere individuato ed inserito nel bilancio (per esempio, breve consulenza, borsa di studio, ecc.).

Componente del programma (programme component): Parte di un programma specifico per cui può essere predisposto un piano di azione.

Condizioni di vita (living conditions): Lo standard degli alloggi e delle risorse materiali della vita degli individui all'interno dell'ambiente fisico.

Nota: Differenze nelle condizioni di vita, di solito, riflettono un'ampia gamma di ineguaglianze fra differenti gruppi socioeconomici all'interno delle società. L'impatto complessivo delle condizioni di vita sulla salute è talvolta difficile individuare nell'intreccio dell'influenza combinata degli stili di vita individuali e sociali e delle norme culturali.

Consulenza (referral): Rivolgersi per supporto, oppure orientarsi da parte dei pazienti ad una struttura appropriata o ad uno specialista presso il livello centrale più vicino, all'interno del sistema sanitario, come un poliambulatorio oppure un ospedale, nel momento in cui gli operatori sanitari di un determinato livello non sono in grado di diagnosticare o di curare da soli certi tipi di pazienti, o non sono in grado di risolvere da soli i problemi sanitari o sociali che devono affrontare. La consulenza implica un scambio di informazioni bidirezionale, nonché il ritorno dei pazienti presso gli operatori invianti, per esempio dal primo livello agli operatori sanitari di comunità che, opportunamente informati sulle condizioni dei pazienti, possono essere in grado di proseguire le cure. Inoltre, implica fornire consulenza agli operatori sanitari di comunità sul modo di affrontare i problemi per i quali si è chiesta la consulenza.

Contratto: Richiesta espressa e comunicata con qualsiasi mezzo, contenente i requisiti concordati fra fornitore e cliente (ISO).

Controllo di qualità: Termine usato di solito per indicare il monitoraggio della riproducibilità e della accuratezza di un esame o di

una tecnica, al fine di mantenerle entro limiti accettabili predefiniti.

Controllo sociale (social control): Il coinvolgimento di individui e di comunità nel mantenere la coesione del sistema sanitario e nell'assicurare che esso funzioni in conformità con le politiche condivise. Ciò è realizzato a livello di comunità o di altri livelli, in modo tale che sia in armonia con le tradizioni politiche, sociali, culturali ed amministrative di uno stato.

Coordinamento interno al settore sanitario (coordination within the health sector): Collaborazione organizzata in quanto necessaria fra i fornitori di servizi allo stesso livello e a differenti livelli del sistema sanitario al fine di rendere il più possibile efficiente l'uso delle risorse, così come all'interno e fra le varie categorie di operatori sanitari, successivamente all'accordo sulla ripartizione del lavoro.

Costo-beneficio (cost-benefit): Relazione fra il costo di un'attività e i benefici ottenuti.

Costo-efficacia (cost-effectiveness): La relazione fra il costo e l'efficacia.

Costo-efficienza (cost-efficiency): Il grado con il quale le risorse finanziarie vengono usate nel miglior modo possibile.

Criterio (criterion): Standard di confronto per le azioni. Standard con il quale qualcosa viene confrontato. Può essere tecnico o sociale. Variabile rilevabile in modo riproducibile ed accurato che permette di giudicare la qualità di una prestazione o di un trattamento. Enunciato che dichiara che si vuole investigare un fenomeno a fine di valutazione mediante l'osservazione di sue caratteristiche (statiche o dinamiche) predefinite. Il criterio è pertanto un punto di vista, di osservazione di un oggetto, fenomeno, ecc., legato strettamente al soggetto osservante. La Carta dei Servizi è in sintonia con questa definizione. Il criterio è definito come riferimento concettuale (espresso) per costruire un giudizio di qualità.

Criterio Conformità: Soddisfamento documentato di requisiti specificati (vedi indicatori).

Cultura aziendale: "Insieme di assunti di base inventati, scoperti o sviluppati da un gruppo determinato quando impara ad affrontare

i propri problemi di adattamento con il mondo esterno e di integrazione al suo interno, che si è rivelato così funzionale da essere considerato valido e, quindi, da essere indicato a quanti entrano nell'organizzazione come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a quei problemi" (Schein 1990). La cultura determina i valori, la mission, la vision.

D

Distorsione: Qualunque fattore che porta ad avere a disposizione dati che danno una idea sbagliata della realtà.

E

Ecologia della salute (ecology of health): Scenario per un concetto positivo di salute fondato sulla responsabilità individuale e sociale per la salute, attraverso lo sviluppo di un ambiente in grado di promuovere la salute

Efficace (effective): Ciò che produce risultati coerenti con gli obiettivi per la riduzione delle dimensioni di un problema o per il miglioramento di una situazione insoddisfacente.

Efficacia (effectiveness): Gli effetti di un'attività e i risultati finali, gli esiti o i benefici per la popolazione raggiunti in relazione agli obiettivi stabiliti. Il rapporto fra i risultati delle attività di un programma e il livello desiderato al quale, nel processo di programmazione, i programmatori si erano proposti di raggiungere come risultato dell'attività programmatoria. Il livello al quale un piano, un programma o un progetto ha raggiunto gli obiettivi nel rispetto dei vincoli definiti. Il livello raggiunto dalle azioni relativamente agli obiettivi definiti. L'espressione del grado con cui un programma ha prodotto gli effetti pianificati o desiderati. L'espressione dell'effetto desiderato di un programma, di un servizio o di un'istituzione nella riduzione dei problemi di salute o nel miglioramento di situazioni di salute giudicate insoddisfacenti. La differenza fondamentale fra efficienza ed efficacia è che quest'ultima è riferita ai risultati raggiunti (o previsti), mentre la prima è riferita ai costi, in termini di risorse, per ottenere questi risultati. L'efficacia si avvicina al significato del termine tecnico costi-efficacia. Nell'efficacia i costi non sono implicati così come nell'efficienza. Pertanto, l'efficacia misura il livello di raggiungimento di predeterminati obiettivi di un programma, di un servizio o di una istituzione. La va-

lutazione dell'efficacia è rivolta al miglioramento della formulazione dei programmi o delle funzioni e delle strutture dei servizi sanitari e delle istituzioni, attraverso l'analisi del livello di raggiungimento degli obiettivi. Quando fattibile, il livello di raggiungimento dovrebbe essere quantificato. Quando non è possibile, deve essere utilizzata l'analisi qualitativa della pertinenza e dell'utilità del raggiungimento, anche se soggettiva e impressionistica, finché non venga sviluppato un metodo di misurazione più preciso. La valutazione di efficacia dovrebbe anche includere il giudizio sulla soddisfazione dalla comunità relativa agli effetti del programma, del servizio o dell'istituzione.

Efficacia pratica (effectiveness): Efficacia di un intervento manifestata durante la sua applicazione nelle condizioni di routine.

Efficacia sperimentale (efficacy): Capacità di un trattamento e di una tecnica di modificare in senso positivo la storia naturale di una condizione e verificata durante un esperimento.

Efficiente (efficient): Che produce risultati, efficace, adeguatamente operativo. Che produce risultati, attraverso gli sforzi sostenuti in relazione ad un programma, ad un'attività, ad un compito, nel miglior modo possibile ed in relazione alle risorse destinate.

Efficienza (efficiency): Si intende la capacità di effettuare più prestazioni con le stesse risorse o le stesse prestazioni con un minor uso di risorse. L'effetto o il risultato finale raggiunto in relazione agli sforzi sostenuti in termini di denaro, risorse e tempo. Il rapporto fra i risultati che potevano essere raggiunti con la spesa di uno specifico ammontare di risorse e i risultati che potevano essere raggiunti con un ammontare minimo di risorse. L'abilità con cui sono state utilizzate le risorse per raggiungere un dato obiettivo. Il livello con cui le risorse sono state utilizzate nel miglior modo possibile. La differenza fondamentale fra efficienza ed efficacia è che quest'ultima è riferita ai risultati raggiunti (o previsti), mentre la prima è riferita ai costi, in termini di risorse, per ottenere questi risultati. Il termine efficacia si avvicina al significato del termine tecnico costi-efficacia.

Elaborazione del budget di programma (programme budgeting): Il processo di rendere le risorse disponibili per il raggiungimento degli obiettivi dei programmi. Il budget di programma diffe-

risce dal budget ordinario, perché viene data più enfasi ai risultati che devono essere ottenuti rispetto alle singole parti del budget. Gli obiettivi finali e intermedi del programma sono definiti in modo chiaro e, allo scopo di raggiungerli, le risorse necessarie vengono raggruppate insieme, vengono specificati i destinatari di esse, e determinate le fonti delle risorse. Esse potranno includere le fonti di risorse pubbliche, come i governi attraverso il ministero della sanità o strutture omologhe e altri ministeri, governi regionali e locali, e governi centrali nei Paesi organizzati in modo federale, così come le assicurazioni sanitarie obbligatorie. Esse possono comprendere anche le fonti private come le assicurazioni sanitarie volontarie, le organizzazioni di volontariato, i contributi delle comunità, le aziende private, nonché risorse individuali. Inoltre esse possono derivare da fonti esterne come le organizzazioni internazionali, le agenzie bilaterali e gli enti filantropici.

F

Facilitatore: Soggetto che ha il mandato di coordinare e dirigere Circoli di Qualità, o altre forme di partecipazione dal basso, in possesso del metodo e delle tecniche della Qualità e del miglioramento continuo.

Finalità (goal): Obiettivo generale verso cui procedere. Il risultato voluto di un programma. Non deve necessariamente essere quantificabile o misurabile in termini operativi. Uno specifico stato di realizzazione a lungo termine verso il quale le azioni e le risorse vengono dirette; le finalità non sono condizionate dal tempo o dalle risorse esistenti. Una situazione specifica verso la quale azioni e risorse sono dirette. Obiettivi definiti a livello di programmazione nazionale da parte dell'agenzia per lo sviluppo socio-economico. Obiettivo finale o risultato a cui un progetto tende. Un obiettivo generale verso il quale muoversi, per esempio, avere un ambiente che favorisca la salute o disporre di assistenza sanitaria di base per tutti. Contrariamente agli obiettivi, le finalità non sono vincolate dal tempo o dalle risorse disponibili e non sono necessariamente raggiungibili, sono, piuttosto, delle situazioni desiderate e finali verso le quali le azioni e le risorse sono dirette.

Funzione (function): Ruolo assegnato ad una persona o ad una struttura organizzativa per la realizzazione di una politica o di una strategia, per raggiungere un obiettivo o una finalità, e/o per com-

piere un'attività.

Fornitore: Chi (organizzazione o singolo) fornisce un prodotto o un servizio ad un cliente.

G

Garanzia della qualità: L'insieme delle azioni pianificate e sistematiche necessarie a dare adeguata confidenza che un prodotto o servizio soddisfi determinati requisiti di qualità.

Gestione (management): Il complesso delle misure adottate per pianificare, organizzare, far funzionare, e valutare i molti elementi interrelati di un sistema. Tali misure sono necessarie per tradurre le politiche in strategie e le strategie in piani di azione. La determinazione delle azioni richieste è necessaria per definire e far funzionare i programmi sanitari e garantire che le infrastrutture del sistema sanitario siano organizzate affinché i servizi vengano erogati in modo efficace ed efficiente.

Gestione delle risorse (resource management): L'utilizzo più razionale delle risorse umane, della conoscenza, delle strutture e delle risorse economiche per raggiungere gli obiettivi individuati con la massima efficacia e i minori costi. La proporzione ed il livello in cui, in una regione, può essere fondato un sistema sanitario basato sull'assistenza sanitaria di base dipende dalla disponibilità di risorse e dal loro impiego per raggiungere i migliori risultati. Nella gestione delle risorse devono essere tenute distinte le spese correnti da quelle in conto capitale.

Gruppi di miglioramento: Piccoli gruppi volontari di professionisti, interfunzionali e interprofessionali, che intervengono sui processi di lavoro con le metodologie del miglioramento continuo presidiando globalmente il percorso del cambiamento (analisi, diagnosi, terapia, valutazione, implementazione e documentazione).

I

Impatto (impact): L'effetto complessivo sullo stato di salute e sullo sviluppo socio-economico. Gli effetti complessivi, diretti e indiretti, di un programma, di un servizio, di una istituzione su una condizione di salute, sulla salute complessiva e sullo sviluppo economico.

Indicatore (indicator): Variabile con caratteristiche di qualità, quantità e tempo usata per misurare, in modo diretto o indiretto, i cambiamenti della salute e delle condizioni correlate ad essa, e per valutare i progressi verso il suo raggiungimento; fornisce anche una base per sviluppare adeguati piani di sviluppo. Caratteristica qualitativa (paragonabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di inferire (costruire ipotesi, dare giudizi). Il risultato della osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento, definisce il "valore" o la misura dell'indicatore. In senso traslato indicatore può essere:

- (a) il "valore" che fornisce indicazioni sullo stato e permette, se ripetuto, una evidenza della tendenza alla evoluzione nel tempo di specifici output di una organizzazione;
- (b) lo strumento utilizzato per la misurazione dell'oggetto dell'osservazione.

Qualunque variabile che aiuta a misurare i cambiamenti. Espressione quantitativa dello stato di salute (di un altro stato), di una caratteristica indiretta o proxy, talvolta standardizzata da istituzioni nazionali o internazionali, di solito di natura sintetica. Variabile in grado di effettuare una misurazione diretta che si assume sia associata ad uno stato che non può essere misurato direttamente. Gli indicatori sono talvolta standardizzati da istituzioni nazionali o internazionali. Misura del grado di raggiungimento degli obiettivi. Variabile che aiuta a misurare, in modo diretto o indiretto, i cambiamenti della situazione sanitaria e a valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi di un programma. Se l'obiettivo di un programma è quello di addestrare annualmente un certo numero di ausiliari, il numero di ausiliari addestrati ogni anno costituisce un indicatore diretto (o di output). Se l'obiettivo è quello di migliorare la salute dei bambini, possono essere usati parecchi indicatori, come lo stato nutrizionale, lo sviluppo psicosociale, il tasso di immunizzazione, o i tassi di morbilità o di mortalità. Mentre di solito si effettuano sforzi per avere indicatori quantitativi, questo non sempre è possibile. Inoltre non sempre si possono effettuare valutazioni aggregando esclusivamente valori numerici. Spesso vengono usati indicatori qualitativi, ad esempio, per valutare il coinvolgimento della popolazione o la percezione della gente relativamente al proprio stato di salute. L'Organizzazione Mondiale

della Sanità ha proposto quattro categorie di indicatori: **indicatori** relativi alle **politiche della salute**; **indicatori sociali ed economici**; **indicatori** relativi all'**erogazione dei servizi** e **indicatori** relativi allo **stato di salute** che comprende la **qualità della vita**. Si dovrebbe sottolineare che gli indicatori non sono obiettivi, anche se gli indicatori sono di aiuto per misurare il loro raggiungimento. Gli indicatori devono essere selezionati in modo attento per fare in modo che rispondano agli andamenti attuali dello sviluppo e che siano utilizzabili per l'analisi delle attività correnti. Quando vengono selezionati gli indicatori, bisogna essere pienamente consapevoli del livello con il quale sono **validi, oggettivi, sensibili e specifici**. La **validità** implica che un indicatore misuri realmente quello che si pensa dovrebbe misurare. **Oggettività** implica che i risultati non cambino anche se l'indicatore viene usato da persone diverse, in tempi ed in situazioni diverse. La **sensibilità** significa che l'indicatore dovrebbe essere sensibile ai cambiamenti della situazione o del fenomeno studiato. In ogni caso gli indicatori dovrebbero essere sensibili a più di una situazione o fenomeno. La **specificità** significa che l'indicatore riflette i cambiamenti che avvengono nella situazione o nel fenomeno. Un altro importante attributo di un indicatore è costituito dalla **disponibilità**, cioè dalla possibilità che si possano ottenere i dati richiesti senza eccessiva difficoltà.

Informazione sanitaria (health information): Tutte le informazioni che si riferiscono alla salute.

Infrastrutture del sistema sanitario (health system infrastructure): Servizi, attrezzature, istituzioni o aziende, organizzazioni e personale che le fa funzionare per la realizzazione di diversi programmi sanitari, che fanno uso delle risorse sanitarie in modo adeguatamente pianificato, organizzato e amministrato. I programmi sanitari forniscono agli individui, alle famiglie e alla comunità l'assistenza sanitaria che consiste in una combinazione di azioni di promozione, protezione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Così il 7° Programma Generale di Lavoro ha una sezione che si occupa delle infrastrutture del sistema sanitario che ha lo scopo di stabilire, di rafforzare progressivamente, di organizzare e di gestire in modo operativo le infrastrutture del sistema sanitario, incluse le relative risorse umane, per mezzo dell'applicazione sistematica di un processo manageriale ben definito e della relati-

va ricerca sui sistemi sanitari, della realizzazione di programmi di salute di livello nazionale che utilizzano le tecnologie appropriate e del controllo sociale del sistema sanitario e delle tecnologie usate all'interno di esso.

L

Linea guida (guideline): Insieme di indicazioni procedurali suggerite, prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere gli operatori a decidere quali siano le modalità assistenziali più adeguate in specifiche circostanze cliniche (atto di coordinamento e di indirizzo integrato con la definizione dell'Institute of Medicine, USA). Regole che individuano i passi che devono essere compiuti per eseguire un compito o per realizzare una politica e i modi per farlo. Le linee guida sono più specifiche e dettagliate dei principi guida, sui quali esse si basano.

Lista di assegnazione dei programmi (classified list of programmes): La struttura delle aree di programma e i programmi più rilevanti usati per preparare il budget dei programmi strategici

Livello di salute (level of health): Espressione quantitativa dello stato di salute.

Lotta alle malattie (disease control): Complesso delle iniziative volte alla massima prevenzione e riduzione dell'incidenza, della prevalenza e delle conseguenze della malattia, come il controllo dei vettori della malattia, l'eliminazione o la riduzione dei fattori ambientali predisponenti, l'immunizzazione e l'assistenza curativa.

M

Market-in: Condizione permanente di "azienda aperta" al mercato ed ai bisogni del cliente. E' un atteggiamento molto evoluto del Marketing-oriented. Significa che il cliente entra in azienda e contribuisce a guidare lo svolgimento delle attività e dei processi. Market-in significa empatia con il cliente sia esso interno o finale.

Meta (target): Risultato specifico quantificabile che deve essere raggiunto in un definito periodo di tempo. Risultato intermedio verso un risultato che un programma cerca di raggiungere. Una meta è qualcosa di più specifico di un obiettivo e di solito viene specificato il periodo di tempo entro il quale deve essere raggiunta. Di solito consente di essere espressa in termini quantitativi.

Miglioramento continuo: Approccio alla qualità secondo le logiche della razionalità limitata, proiettato verso il superamento delle difettosità (qualità negativa) e l'aggiunta di valore (qualità positiva), alla ricerca di nuovi e più soddisfacenti output. La cultura della Qualità evidenzia due modalità di approccio al miglioramento:

- (a) la prima è costituita da un cambiamento radicale e veloce, così come si realizza mediante il ricorso a tecniche manageriali quali il Business Process re-engineering (vedi);
- (b) la seconda modalità è rappresentata dal miglioramento a "piccoli passi", che maggiormente recupera il concetto del Process Management e utilizza le tecniche che vi sono correlate (coinvolgimento del personale, utilizzo degli strumenti del CQI, il Benchmarking o altre ancora).

Le condizioni organizzative orientano l'approccio con l'uno o l'altro di questi strumenti/metodologie che si integrano reciprocamente in funzione dell'obiettivo del miglioramento.

Mission: Motivo per cui una organizzazione (azienda), un processo, una azione esiste, è agita, viene prodotta. Per l'organizzazione è la ragione d'essere: ciò che essa sceglie di fare per rendersi visibile all'esterno e per soddisfare i bisogni (le richieste) dei suoi utenti (clienti).

Monitoraggio (monitoring): Misurazioni ripetute e continuative di una varietà di indicatori, operate per identificare potenziali problemi (WHO), per presidiare un fenomeno, per misurare l'evoluzione e il miglioramento continuo. Il controllo continuo della situazione sanitaria e la valutazione delle attività di programma, allo scopo di assicurare che esse si stanno svolgendo in armonia con quanto pianificato. Verifica continuativa delle attività per garantire che esse procedano secondo quanto programmato. Verifica del raggiungimento, dei movimenti e dell'utilizzo del personale, degli approvvigionamenti e delle attrezzature, nonché del denaro speso in relazione alle risorse disponibili, in modo tale che se qualcosa non funziona si possano prendere immediatamente misure correttive. Le informazioni che vengono acquisite nel processo di monitoraggio vengono poi utilizzate per la valutazione.

N

Nuova salute pubblica (new public health): Interesse professio-

nale e pubblico nei confronti degli effetti dell'ambiente globale sulla salute.

Nota: Il termine si basa sulla vecchia nozione (del XIX secolo) di salute pubblica che lavora per affrontare i pericoli per la salute nell'ambiente fisico, per esempio attraverso la costruzione di fognature. Ora include interesse per i fattori socioeconomici, come, per esempio, l'occupazione.

O

Obiettivo (objective): Uno stato misurabile che si ipotizza possa esistere in un determinato posto ad un determinato momento come risultato della applicazione di procedure e risorse. Risultato realisticamente ottenibile. Quei risultati verso i quali le motivazioni di un individuo o di un'agenzia sono diretti, i risultati desiderati o attesi. I risultati finali che un programma cerca di raggiungere. Il risultato finale di un programma o di un progetto che un'istituzione cerca di raggiungere.

Organizzazione: Società, impresa, gruppo o loro parte (statutariamente autonoma o meno) pubblica o privata, con autonomia funzionale e amministrativa (ISO).

Outcome: Effetto prodotto da output connotati in termini di qualità (indicatori e standard conseguenti ai requisiti).

Output (prodotto): Indica la prestazione/servizio come risultato di un processo.

P

Pertinente (relevant): Rispondente ai bisogni e alle politiche sanitarie e sociali, nonché alle priorità che un programma, un'attività, ecc. intendono raggiungere.

Pertinenza: Un indicatore o un criterio è pertinente quando misura proprio quell'aspetto della qualità che intende misurare.

Piano della qualità: Documento che descrive le modalità operative per la qualità, le risorse e le sequenze di attività (ISO 9004/2 punto 5.4.3.1.b).

Piano di azione (plan of action): Schema aggiornabile che definisce le attività per generare un prodotto all'interno di un programma specifico, oppure parte di un programma che identifica "chi" fa

"che cosa", "in quali tempi", "in quanto tempo" e "quanto".

Piano d'azione nazionale (*national plan of action*): Un piano di riferimento intersettoriale, con l'obiettivo di raggiungere le finalità di salute a livello nazionale attraverso la realizzazione della strategia. Indica ciò che deve essere fatto, chi lo deve fare, in quali tempi e con quali risorse. Costituisce un quadro di riferimento per una programmazione più dettagliata, per il budgeting, per la realizzazione e per la valutazione. Specifica, in termini operativi, i passi che devono essere intrapresi coerentemente con la strategia, avendo presenti i vari obiettivi e le finalità che devono essere raggiunti, nonché i programmi per raggiungerli. Questi passi includono iniziative di tipo politico, economico, finanziario, sociale, legislativo, amministrativo, scientifico, tecnico e manageriale. Viene definita l'azione che deve essere intrapresa dalla sanità e dagli altri settori e viene stabilito il quadro di riferimento per monitorare la realizzazione del piano d'azione e per valutare il suo impatto. I piani d'azione costituiscono un continuum con le politiche e le strategie sanitarie nazionali, non essendoci linee nette di divisione. Le politiche, le strategie e i piani d'azione nazionali costituiscono un continuum, e non ci sono linee nette di divisione. Potrebbe essere poco saggio essere troppo specifici nel tentare di operare delle definizioni, ma è utile indicare ciò che ciascuna di esse comporta.

Piano scorrevole (*rolling plan*): Tipo di piano progettato in parecchie fasi che vengono progressivamente migliorate gradatamente attraverso nuove proiezioni effettuate, per fare in modo che ciascuna nuova fase abbia un orizzonte temporale di medio periodo.

Politica (*policy*): Un serie di dichiarazioni e decisioni che vanno a definire le priorità e le principali direzioni per perseguire una finalità.

Politica aziendale: Sono gli obiettivi e gli indirizzi generali di una organizzazione espressi in modo formale dalla Direzione. Deriva ed è definita: (a) dalla ragione d'essere dell'azienda (Mission); (b) dalle sfide a lungo termine dell'azienda (Vision); (c) dagli obiettivi scelti per il medio periodo (obiettivi che debbono essere specifici, misurabili, accettabili, orientati ai risultati, temporizzati: SMART); (d) dalle strategie operative.

Politica aziendale per la qualità: Quella parte della politica

aziendale che fornisce "obiettivi e indirizzi generali" per quanto riguarda la qualità, espressa in modo formale dall'alta direzione (Norma ISO 8402).

Politica nazionale per la salute (national health policy): Espressione di finalità nazionali per migliorare le condizioni di salute, le priorità fra queste finalità e gli orientamenti per il loro raggiungimento. Una serie di decisioni per perseguire modi di agire finalizzati a raggiungere delle finalità definite per il miglioramento delle condizioni di salute. Le politiche, le strategie e i piani di azione nazionali formano un continuum, e fra loro non ci sono confini netti. Potrebbe essere poco saggio definirli in modo troppo specifico, anche se potrebbe essere utile indicare ciò che ciascuno di essi comporta.

Presidio sanitario: Struttura fisica (ospedale, poliambulatorio, ambulatorio, ecc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie (bozza di atto di coordinamento e di indirizzo D.Lgs. 502-/92 art. 8 comma 4).

Prestazione sanitaria: Rappresenta l'aspetto di contenuto tecnico specifico della relazione di servizio ed è connotata da livelli di complessità differenti in funzione della richiesta.

Prevenzione delle malattie (disease prevention): Attività volte non solo alla prevenzione dei casi di malattia, come l'immunizzazione o il controllo dei vettori o le iniziative contro il fumo, ma anche all'arresto dei processi patologici e alla riduzione delle conseguenze.

Prevenzione primaria (primary prevention): Iniziative che cercano di prevenire l'accadimento iniziale della malattia e di altri problemi sanitari, come le nascite di basso peso, attraverso misure come l'educazione sanitaria, l'immunizzazione, il miglioramento della nutrizione, il miglioramento dell'ambiente e l'assistenza appropriata alle donne durante la gravidanza.

Prevenzione di secondo livello (secondary prevention): Misure che cercano di arrestare o di ritardare le malattie attraverso la diagnosi precoce e la cura appropriata, oppure di ridurre la frequenza di ricadute e lo stabilirsi di una situazione di cronicità, attraverso, per esempio, l'assistenza riabilitativa, la chirurgia correttiva e la fornitura di protesi.

Principio guida (guiding principle): Regola generale che può essere usata dagli Stati Membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per esempio per lo sviluppo e la realizzazione di politiche, per la costruzione di processi manageriali o per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria di base presso le comunità. A causa della grande differenza esistente tra gli Stati Membri, i principi guida devono essere molto generali.

Priorità (priority): Precedenza determinata dall'importanza.

Problema: Qualcosa che ci si presenta davanti e che offre opportunità diverse di approccio, lettura, soluzione (può comprendere sia l'accezione di "pericolo" che di "opportunità").

Procedura: Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo (da Bozza di atto di coord. e di indirizzo). In generale maniera specifica di compiere una attività.

Nota: scopo delle procedure nel modello di riferimento di sistema qualità ISO 9000 è garantire l'efficacia e l'efficienza del sistema qualità, consentendo la riproducibilità e la trasferibilità del "come si fa" specifico. Una procedura deve esprimere chi fa, cosa fa, come viene fatto, dove, quando, perché e chi ne è responsabile.

Processo: In VRQ si intende con tale termine il comportamento degli operatori sanitari che porta agli esiti. Sequenza strutturata di attività formalizzate a produrre un risultato (prodotto, servizio...) che ha valore per il cliente finale.

- (a) Strumenti per il raggiungimento del risultato sono le risorse umane, le tecnologie, i metodi.
- (b) Il processo è indifferente alla struttura organizzativa (l'organizzazione formale) pensata per una razionalità interna: le attività che compongono il processo possono pertanto riferirsi a diverse linee di responsabilità.
- (c) Definiscono un processo l'evento scatenante (input), la sequenza d'azioni (valore aggiunto), l'output. Il processo ha precisi compiti e precise interfacce.
- (d) Il processo è descritto da indici e misure quali: tempo di durata, risorse consumate, volumi di attività, difettosità, rilevazioni, metodi, tecnologie.
- (e) Si usa il termine processo per indicare gli insiemi fondamentali delle attività aziendali: (1) management (o direzionali) e

pianificazione; (2) core business (processi operativi), erogare assistenza di base; (3) processi di supporto (funzionali al core business) es. gestione risorse umane.

- (f) I processi rappresentano l'organizzazione ed evidenziano operativamente la Mission e le strategie conseguenti alla sua collocazione nel contesto.
- (g) Assumere un approccio di processo (come struttura per agire) significa adottare il punto di vista del cliente.

Processo (rappresentare un): Esistono tecniche utili a indagare un processo. Ognuna di esse ne evidenzia caratteristiche particolari a scapito di altre; la tecnica va pertanto scelta in funzione degli obiettivi della descrizione. In prima istanza occorre definire gli elementi "anagrafici" del processo: evento scatenante, fornitore, misurazione possibile, requisiti richiesti e riscontri. Ogni singola attività va descritta per tipo e durata; analogamente il prodotto va descritto per tipologia, ricevente (cliente o altro processo), misurazione possibile, requisiti richiesti e riscontri. Tra le varie modalità di descrizione si possono ricordare:

- LOV (line of visibility), evidenzia gli attori (cliente compreso) in rapporto alle attività; è un metodo che mette in evidenza gli strati organizzativi (anche esterni alle organizzazioni) attraversati dal processo.
- FLOW CHART, evidenzia la "logica" del processo (in toto o per sue parti critiche).
- PERT, evidenzia la cronologia delle attività ed è particolarmente utile per valutare la variabilità temporanea di un processo.
- TIME CHART, evidenzia oltre al "chi fa cosa" anche i tempi di escursione delle attività, eventuali precedenze e complicazioni (consente di valutare quanto del tempo impiegato non è a valore aggiunto).
- ANALISI FUNZIONALE, si concentra sui vincoli e sulle risorse durante lo svolgimento delle attività; parte dall'analisi del che cosa deve essere fatto, poi dal come, ed infine con quali fun-

zioni elementari.

- RAPPRESENTAZIONI DINAMICHE DEL PROCESSO, si utilizzano per riconoscere eventuali problemi che nascono nel divenire dell'attività (con questi il metodo IDEF).

Processo (vista aziendale per processi): Descrizione, organizzazione, gestione, misurazione di una organizzazione in funzione dei suoi processi fondamentali.

Nota: Ogni organizzazione si confronta con un contesto. Esso fornisce il filtro con cui individuare i processi organizzativi fondamentali. L'organizzazione può pertanto essere descritta per processi in funzione delle: risorse che impiega, competenze necessarie attese degli azionisti o di altri stakeholders soddisfazione del cliente, funzioni esercitate.... La scelta della "vista" deve essere correlata agli obiettivi e alle strategie aziendali.

Processo gestionale per lo sviluppo sanitario nazionale (managerial process for national health development): Processo continuo di programmazione e pianificazione sistematiche, realizzato in collaborazione con altri settori che si occupano di salute. Il processo gestionale per lo sviluppo sanitario nazionale comprende:

- la formulazione di politiche e la definizione delle priorità;
- la programmazione di massima per tradurre queste politiche in una strategia che stabilisca in modo chiaro scopi ed obiettivi;
- la costruzione di un budget per garantire l'allocazione preferenziale delle risorse per la realizzazione della strategia;
- la predisposizione di piani di azione alla luce della programmazione di massima e del budget, che indichino le linee d'azione principali da adottare nel settore sanitario e negli altri settori per realizzare la strategia;
- la elaborazione di programmi dettagliati per ciascun programma o piano d'azione;
- la realizzazione di programmi attraverso la delega alla infrastruttura sanitaria e la applicazione quotidiana delle procedure finalizzate al raggiungimento degli obiettivi;
- il monitoraggio e la valutazione dei programmi, tenendo

conto della necessità di garantire che essi procedano come previsto e che i servizi e le istituzioni coinvolte erogino i servizi in modo efficace ed efficiente;

- la preparazione di programmi riveduti secondo le necessità, tenendo conto dell'opportunità di effettuare modifiche o miglioramenti conseguenti all'attività di monitoraggio e di valutazione;
- la assicurazione che sia disponibile il supporto informativo necessario per tutto ciò che è stato precedentemente elencato.

Ogni volta che è fattibile, è desiderabile che il processo gestionale per lo sviluppo sanitario nazionale sia decentrato attraverso la delega di autorità e risorse nei confronti dei livelli intermedi e locali. Un piano nazionale d'azione si riferisce a tutto lo Stato, ma esistono anche dei piani a livello provinciale e a livello di comunità locali. Il vantaggio del decentramento è che i livelli intermedi sono sufficientemente vicini alla comunità per rispondere ai relativi bisogni e sufficientemente vicini al livello centrale per consentire la messa in pratica delle politiche del governo; le comunità poi hanno maggiori occasioni per essere direttamente coinvolte.

Prodotto (product): Il risultato identificabile che ci si aspetta venga generato da un'attività o da una combinazione di attività.

Prodotto intermedio (intermediate product): Il risultato di un servizio che deriva da un'attività specifica intrapresa in un periodo limitato di tempo e che ha contribuito alla realizzazione del prodotto.

Progetto (project): Una serie di attività strutturate per generare prodotti di particolare significato per uno o più programmi in uno specifico periodo di tempo, utilizzando risorse differenti.

Programma (programme): Un aggregato organizzato di attività tecnicamente interrelate e dirette verso il raggiungimento di obiettivi definiti. Risposta organizzata per eliminare o ridurre uno o più problemi. La risposta include uno o più obiettivi, lo svolgimento di una o più attività è il consumo di risorse (WHO). Una serie organizzata di attività tese al raggiungimento di finalità ed obiettivi definiti, che sono progressivamente specifici in relazione agli scopi che perseguono.

Programma di medio periodo (medium-term programme): Pro-

gramma preparato sulla base del Programma Generale di Lavoro che specifica la tipologia delle attività che devono essere realizzate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel corso di sei anni per il raggiungimento degli obiettivi posti dal Programma Generale.

Programma sanitario (health programme): Un complesso organizzato di attività orientato al raggiungimento di obiettivi definiti, che sono più specifici delle finalità a cui essi contribuiscono. Ciascun programma sanitario dovrebbe avere i suoi obiettivi specifici, quando possibile quantificabili, che siano coerenti con quelli della strategia sanitaria nazionale. Il programma dovrebbe definire in modo chiaro il fabbisogno in termini di personale, strutture fisiche, tecnologie, attrezzature e forniture, informazioni e comunicazioni, metodi di monitoraggio e di valutazione, tempificazione delle attività, e modalità per assicurare la coerenza fra i vari elementi e i programmi correlati.

Programma sanitario nazionale (country health programme): Insieme delle attività che risultano dalla unione dei programmi sanitari in uno Stato. Questo termine è diventato obsoleto da quando sono entrati in uso concetti come strategie e piani d'azione.

Programmazione (programming): Definizione dei requisiti di un programma.

Programmazione sanitaria nazionale (country health programming): Processo manageriale che si occupa direttamente della selezione delle priorità dei problemi della salute, della specificazione degli obiettivi operativi e della loro traduzione in azioni, delle risorse, dei bisogni e degli aspetti organizzativi. Dal momento che la programmazione sanitaria si occupa direttamente della selezione delle priorità dei problemi della salute, della specificazione degli obiettivi operativi e della loro traduzione in azioni, delle risorse, dei bisogni e degli aspetti organizzativi, è molto probabile che abbia un rapporto diretto con la "politica della salute" dei governi. In effetti, è inevitabile che la politica della salute dei governi sia vista come un processo continuo di programmazione nazionale. La valutazione dei problemi di salute di un Paese nel suo contesto socio-economico, la determinazione delle aree in fase di cambiamento, e la formulazione di programmi per realizzare i cambiamenti necessari. La programmazione sanitaria nazionale

costituisce una parte del più ampio processo manageriale per lo sviluppo della salute che da essa è stato sostituito, corrispondendo, in pratica, alla programmazione complessiva, al budgeting e alla programmazione specifica.

Professionalità: Spazio operativo riconosciuto ad un soggetto all'interno di una organizzazione, concepito direttamente come risultato da una negoziazione dove entrano in relazione il volere essere (potenziale dinamico), dover essere (posizione), e potere essere (profilo di ruolo). Mix di competenza (skills), capacità (abilities), atteggiamenti (judgement). Si realizza su tre direttrici principali: il contributo tecnico specifico della attività professionale; l'operatività quotidiana, la gestionalità e la leadership.

Promozione della salute (health promotion): Sostegno a stili di vita e ad altri fattori sociali, economici, ambientali e personali che favoriscono la salute. I fattori che favoriscono la salute includono: l'aumento nella popolazione della consapevolezza sui temi della salute e della capacità di affrontare i problemi di salute attraverso il miglioramento delle conoscenze e la disponibilità di informazioni valide; l'incoraggiamento a diete adeguate e appropriate, all'esercizio fisico e ad un sonno sufficiente; l'assicurazione di educazione e lavoro in conformità alla capacità fisica e mentale; la disponibilità di case appropriate, di acqua potabile e di opere igienico-sanitarie; il miglioramento dell'ambiente fisico, economico, culturale, psicologico e sociale, nonché del sostegno sociale, per esempio i gruppi locali di donne. Le attività che promuovono la salute possono essere decise e realizzate da individui, famiglie, comunità, associazioni, operatori sanitari, governi, organizzazioni non governative, oppure da combinazioni di esse.

Protezione della salute (health protection): Protezione nei confronti dei pericoli potenziale per la salute, come, ad esempio, indossare vestiti protettivi contro l'inclemenza del tempo, o adottare accorgimenti per proteggere i lavoratori dai rischi specifici del loro lavoro.

Q

Qualità: L'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni espliciti e impliciti del cliente/fruitori.

Nota: ogni Azienda traduce il concetto in una propria definizione operativa. Tale definizione deve essere conseguente agli obiettivi strategici della organizzazione.

Qualità totale: Filosofia, tessuto connettivo di tutto l'agire organizzativo in funzione del miglioramento continuo, orientato al cliente/fruitore e incentrato sulla risorsa professionale.

R

Regolamenti interni: Definiscono le modalità di comportamento o la successione di azioni definite da documenti formali o della normativa, che devono essere sistematicamente ottemperati.

Requisito: Ciascuna delle caratteristiche necessarie e richieste affinché un prodotto/servizio risponda allo scopo (vedi qualità).

Nota: nella Carta dei Servizi il concetto di requisito è espresso con il termine di "fattore di qualità", oggetto rilevante per la percezione della qualità del servizio da parte dell'Utente.

Rete nazionale per lo sviluppo sanitario (national health development network): Una serie di centri nazionali per lo sviluppo sanitario, collegati in modo organizzato.

Retroinformazione (information feedback): Rapporto nei confronti di coloro che hanno fornito l'informazione, dell'uso che si è fatto di essa, dei risultati ottenuti e delle azioni intraprese.

Revisione clinica: Ogni attività valutativa sull'assistenza erogata ad un paziente e sulla sua efficacia. Essa include anche attività di verifica dell'utilizzo (ACHS).

Revisione tra pari: Tecnica di valutazione e miglioramento della qualità della erogazione delle cure. I valutatori e coloro la cui attività viene valutata appartengono alla stessa professione; vengono utilizzati criteri accettabili per la professione con l'intenzione di promuovere, attraverso la valutazione, la qualità delle cure erogate (CBO) Si tratta di una valutazione di parte seconda.

Ricerca sanitaria (health research): Ricerca su tutti gli aspetti della salute, sui fattori che la influenzano, le modalità per la sua promozione, la sua protezione e il suo miglioramento. Costituisce una parte fondamentale dello sviluppo sanitario nazionale. Include la ricerca medica e biomedica relativa ad un'ampia varietà di

ambiti e include altre scienze come la biologia molecolare e la biofisica; la **ricerca clinica**, che si fonda sull'osservazione e la cura di pazienti e di volontari; la **ricerca epidemiologica**, che si occupa dello studio e del controllo delle malattie e delle condizioni che si sospetta possano essere dannose per la salute; la **ricerca socioeconomica e comportamentale**, che svolge indagini sui determinanti sociali, economici, psicologici e culturali della salute e della malattia con un'attenzione particolare alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie. Spesso una combinazione multidisciplinare delle diverse aree di ricerca è necessaria per risolvere alcuni problemi sanitari.

Ricerca sui servizi sanitari (health services research): Parte della ricerca sui sistemi sanitari che si occupa della componente dei servizi sanitari nell'ambito del più ampio sistema sanitario.

Ricerca sui sistemi sanitari (health systems research): Ricerca che si occupa dell'intero sistema sanitario e di una sua parte, avendo quale oggetto la garanzia che il sistema sia pianificato ed organizzato in modo eccellente, e che i programmi siano realizzati dalle infrastrutture del sistema sanitario in modo efficiente ed efficace e con la tecnologia appropriata.

Riprogrammazione (reprogramming): Revisione di un programma nel caso in cui, sulla base della valutazione, si ritiene che esso non sia accettabile da parte della popolazione per cui è stato elaborato, non procede in armonia con il piano, oppure risulta inefficiente.

Risorsa (resource): Quantitativo o riserva di conoscenze, di persone, di strutture, di attrezzature, di fondi e di altri mezzi utilizzabili in una attività per generare un prodotto.

Risorse sanitarie (health resources): Insieme dei mezzi disponibili per il funzionamento del sistema sanitario, includendo il personale, le strutture edilizie, le attrezzature, gli approvvigionamenti, i fondi, le conoscenze e le tecnologie.

Risultato (result): Effetto diretto, conseguenza o esito della richiesta di un prodotto.

S

Salute (health): Nel contesto della promozione della salute, può essere definita come l'abilità di un individuo di raggiungere il proprio

potenziale e di reagire in modo positivo alle sfide dell'ambiente.

Nota: Questa definizione differisce, sulla base dei propositi della promozione della salute, da quella proposta dalla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che descrive in modo comprensivo e idealistico ciò che spesso è stato considerato come irraggiungibile e poco importante per la vita della maggior parte degli individui. Nella presente definizione, la salute è vista come risorsa per la vita quotidiana, non come scopo di vita; è un concetto positivo che mette in rilievo le risorse sociali e personali, così come le capacità fisiche. Le risorse fondamentali per la salute sono il reddito, la protezione e il cibo. Il miglioramento della salute richiede non solo la disponibilità di questi aspetti fondamentali, ma anche l'informazione e le capacità per affrontare la vita; un ambiente di sostegno, che fornisca le opportunità per poter scegliere fra i beni, i servizi e i mezzi, anche la salute; nonché le condizioni all'interno degli ambienti fisico, economico, sociale e globale che portino al miglioramento della salute. Il legame inestricabile fra la gente e il proprio ambiente costituisce la base per quel concetto di salute di tipo socioeconomico che è centrale per la promozione della salute. Tale visione mette in rilievo l'interazione fra gli individui e l'ambiente e il bisogno di raggiungere un equilibrio dinamico fra queste due componenti.

Salute per tutti (Health for All): Processo che porta al miglioramento progressivo della salute di una popolazione.

Nota: nel 1977 la 30^a Assemblea Mondiale della Sanità ha stabilito che l'obiettivo principale e più importante dei governi e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nei decenni a venire sarebbe dovuto essere il raggiungimento, da parte di tutta la popolazione del mondo, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permettesse a tutti di condurre una vita produttiva sotto l'aspetto sociale ed economico. Questo obiettivo è comunemente noto come "Salute per tutti entro l'anno 2000". Il processo stesso sarà interpretato secondo modalità diverse da parte di ciascuno Stato sulla base delle caratteristiche sociali ed economiche specifiche, dello stato di salute e dei modelli di malattia della popolazione, nonché del livello di sviluppo del sistema sanitario. Tuttavia, c'è un livello di salute al di sotto del quale nessun individuo in alcun Paese dovrebbe trovarsi; tutte le persone di tutti i Paesi dovrebbero avere un livello di salute che consenta loro di lavorare in modo produttivo e di partecipare in modo attivo alla vita sociale della comunità presso la quale vivono. La Salute per tutti non significa che nell'anno 2000 i medici e gli infermieri forniranno assistenza medica per tutte le persone del mondo per tutte le loro malattie e che nessuno si ammalerà o

si troverà in condizioni di disabilità. Significa, invece, che la salute comincia, viene sostenuta o messa a repentaglio in casa, sul lavoro, negli ambienti dove le persone vivono e lavorano. Le persone utilizzeranno approcci migliori rispetto a quelli attuali per prevenire le malattie e alleviare gli stati di patologia e di disabilità, ed avranno modi migliori per crescere, invecchiare e, infine, morire con in modo dignitoso. L'assistenza sanitaria essenziale sarà accessibile a tutti gli individui e a tutte le famiglie in modo accettabile e poco costoso, attraverso il loro pieno coinvolgimento. Ci sarà una equa distribuzione fra la popolazione delle risorse disponibili per la salute e la popolazione si renderà conto che essa avrà il potere di plasmare la propria vita e quella delle proprie famiglie, liberandosi dal peso delle malattie evitabili e nella consapevolezza che la cattiva salute non è inevitabile.

Salute positiva (*positive health*): Stato di salute al di là di una condizione asintomatica. Di solito comprende la qualità della vita e il potenziale della condizione umana. Può anche comprendere l'autorealizzazione, la vitalità nei confronti del vivere e della creatività. Si occupa più della crescita in senso complessivo che della lotta con l'ambiente.

Servizio: Ciò che risulta da una relazione basata su uno scambio economico, informativo, operativo, emotivo, effettivo sostenuto da una sostanziale interdipendenza fra i protagonisti della relazione. Dalla significatività di tale interdipendenza si può misurare la dimensione della qualità. Nelle organizzazioni la relazione è sempre a tre: cittadino/cliente, professionista, contesto organizzativo. Il livello di tale relazione presuppone una pariteticità tra i "tre attori".

Servizio sanitario di base (*basic health service*): Rete di strutture gestite dal governo come parte del sistema amministrativo di uno Stato che fornisce assistenza medica indispensabile e servizi preventivi alle persone. Rete di unità sanitarie periferiche, intermedie e centrali coordinate, gestite da personale professionale e ausiliario competente e in grado di svolgere in modo efficace una serie di funzioni essenziali per la salute della popolazione che abita nella zona. È amministrata da organismi centrali, intermedi o locali, secondo il modello amministrativo dello Stato. Servizi sanitari in grado di affrontare i bisogni sanitari essenziali della maggior parte della popolazione.

Nota: I servizi vengono erogati da personale professionale e non professionale selezionato, senza previa consultazione con la comunità

nei confronti della quale presta il lavoro; la comunità stessa, peraltro, non necessariamente è coinvolta nelle azioni che vengono intraprese per migliorare la propria salute. Inoltre, i servizi sanitari di base di solito partono dal centro e si estendono alla periferia, essi non necessariamente cercano di identificare ed usare la tecnologia sanitaria appropriata e non si preoccupano degli aspetti socio-economici della salute e delle relative azioni intersettoriali. Il Comitato degli Esperti di Amministrazione della Sanità Pubblica (Expert Committee on Public Health Administration), nel suo secondo incontro, considera servizi sanitari di base, indipendentemente dalle unità sanitarie rurali, i seguenti: salute della madre e del bambini; controllo delle malattie trasmissibili; salubrità dell'ambiente; mantenimento degli archivi a scopo statistico; educazione sanitaria della popolazione; assistenza infermieristica pubblica; assistenza medica (a livelli che variano a seconda delle necessità della zona e dell'accessibilità nei confronti di centri ospedalieri più grandi).

Servizio sanitario centralizzato (central health service): Livello di servizi sanitari che tratta con quegli elementi del sistema sanitario che vengono ad esso trasferiti, in relazione alla organizzazione amministrativa dello Stato.

Settore sanitario (health sector): Settore che include i ministri del governo e i dipartimenti, la sicurezza sociale e i sistemi di assicurazione sanitaria, le organizzazioni del volontariato e individui e gruppi privati, che forniscono servizi sanitari.

Sistema informativo di gestione (management information system): Un sistema di archivi progettato per elaborare e scambiare informazioni a sostegno di coloro che devono assumere decisioni, come la realizzazione, il monitoraggio e la valutazione di programmi, attività e progetti.

Sistema sanitario (health system): Complesso degli elementi interrelati che contribuiscono alla salute negli ambienti domestici, presso le istituzioni educative, negli ambienti di lavoro, nei luoghi pubblici e nelle comunità, così come nell'ambiente fisico e psicosociale, nonché nel settore sanitario e nei settori ad esso collegati. Un sistema sanitario è di solito organizzato a vari livelli, cominciando da quello più periferico, conosciuto come livello di comunità o livello di assistenza sanitaria di base, e procedendo attraverso il livello intermedio (distretto, regione o provincia), fino al livello centrale.

Sistema sanitario comprensivo (comprehensive health

system): Sistema sanitario formato da tutti gli elementi richiesti per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione.

Sistema qualità: Insieme di responsabilità, struttura organizzativa, procedure, attività, capacità, risorse, che mira a garantire che processi, prodotti, servizi soddisfino bisogni e aspettative dei clienti/fruitori al minor costo.

Situazione sanitaria (health situation): Immagine complessiva dello stato di salute che include le iniziative per il miglioramento della salute, le risorse destinate alla sanità, la valutazione dei problemi sanitari specifici che richiedono particolare attenzione, nonché il grado di consapevolezza della popolazione nei riguardi della loro salute e delle modalità per migliorarla.

Soglia (threshold): Valore o frequenza di un criterio di un indicatore al di sopra o al di sotto del quale la qualità non è giudicata accettabile.

Soluzione dei problemi (problem solving): Metodo strutturato di una soluzione dei problemi che prevede sei tappe: (a) identificazione del problema; (b) brain storming; (c) scelta della soluzione; (d) pianificazione della soluzione; (e) verifica del suo impatto.

Sostegno informativo (information support): Rapporto con tutti coloro che sono coinvolti e uso costante di informazioni pertinenti, sensibili e consistenti richieste per elaborare, programmare, realizzare budget, monitorare e valutare un programma o un progetto.

Specifica: Documento che prescrive i requisiti ai quali il prodotto/servizio deve risultare conforme (UNI EN ISO). Vedi conformità.

Spesa corrente (recurrent expenditure): Parte della spesa che ricorre con cadenza annua, come gli stipendi del personale, il costo degli alimenti e degli altri beni e servizi, il costo dei vaccini, dei farmaci, delle apparecchiature e attrezzature, la sostituzione degli strumenti, nonché la manutenzione delle strutture edilizie e delle strumentazioni.

Spesa in conto capitale (capital expenditure): Spesa in terreni, edifici, strumenti e approvvigionamenti per attivare o ampliare servizi sanitari come centri sanitari, laboratori ed ospedali.

Standard: Valore assunto o auspicato da un indicatore su di una

scala di riferimento. **Valore soglia**, valore predeterminato dell'indicatore, che divide in due sottoinsiemi di diverso significato, l'insieme dei possibili valori dell'indicatore stesso.

Nota: la Carta dei Servizi definisce lo standard come "valore atteso per un certo indicatore".

Stanziamiento (*appropriation section*): Budget allocato per un'area di programma.

Stato di salute (*health status*): Lo stato di salute di un individuo, di un gruppo o di una popolazione, misurato sulla base di standard accettati.

Strategia (*strategy*): Linee guida di azione adottate per dare efficacia ad una politica.

Strategia nazionale (*national strategy*): Sulla base della politica sanitaria nazionale, include le linee d'azione fondamentali necessarie in tutti i settori coinvolti per rendere le politiche efficaci. Una serie di decisioni che definiscono le linee d'azione principali necessarie in tutti i settori per rendere efficace la politica sanitaria nazionale, e che indicano i problemi e i modi per affrontarli. Le politiche, le strategie e i piani d'azione nazionali costituiscono un continuum, e non ci sono linee nette di divisione. Potrebbe essere poco saggio essere troppo specifici nel tentare di operare delle definizioni, ma è utile indicare ciò che ciascuna di esse comporta.

Struttura organizzativa: Dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta (da bozza di atto di ordinamento e di indirizzo).

Sviluppo del personale sanitario (*health manpower development*): La disponibilità di operatori sanitari sufficientemente addestrati per affrontare i bisogni presenti e futuri, in relazione alle attività da svolgere all'interno del settore sanitario e in altri settori. Implica la pianificazione, la produzione e la gestione del personale della sanità (cioè, la stima del fabbisogno e l'adozione di iniziative per fare in modo che gli operatori sanitari siano adeguatamente addestrati, assunti o impiegati con altro tipo di contratto, adeguatamente pagati e con prospettive di carriera che consentano loro di rimanere all'interno del sistema sanitario). Il termine "manodopera sanitaria" ha assunto un significato negativo. Dovrebbe, al suo posto, essere usato il termine "**risorse umane per**

la sanità".

Sviluppo della comunità (community development): Processo di coinvolgimento di una comunità nell'identificazione e nel rinforzo di alcuni aspetti della vita quotidiana, della cultura e dell'attività politica che possono contribuire alla salute. Questi possono comprendere il sostegno all'azione politica per modificare l'ambiente e rafforzare le risorse orientate ad una vita sana, così come il rafforzamento delle reti di solidarietà e sostegno sociale all'interno di una comunità, nonché lo sviluppo delle risorse disponibili per la comunità stessa.

Sviluppo sostenibile (sustainable development): Processo di cambiamento in cui lo sfruttamento delle risorse, la direzione degli investimenti, l'orientamento dello sviluppo tecnologico e il cambiamento istituzionale sono in armonia e tendono a migliorare il potenziale attuale e futuro per soddisfare i bisogni e le aspirazioni dell'umanità.

Sviluppo sanitario (health development): Processo orientato al progressivo e continuativo miglioramento della salute della popolazione.

T

Team sanitario (health team): Gruppo di persone che hanno una finalità comune nel campo della salute, al cui raggiungimento ciascun membro del gruppo contribuisce secondo la propria competenza e professionalità e in modo coordinato con le funzioni svolte dagli altri.

Tecnologia medica: Farmaci, strumenti e procedure mediche o chirurgiche utilizzati nella erogazione delle cure e sistemi organizzativi e di supporto all'interno dei quali avviene l'erogazione (WHO).

Tecnologia sanitaria appropriata (appropriate health technology): Insieme di metodi, procedure, tecniche e strumenti che sono scientificamente validi, adatti alle necessità locali e accettabili per coloro che li utilizzano e per coloro per i quali sono utilizzati e che possono essere mantenuti ed usati con risorse che la comunità o il Paese si possono permettere.

Technology assessment (Valutazione delle tecnologie sanitarie): Ambito di ricerca che si prefigge di valutare, attraverso un

approccio multidisciplinare alle dimensioni qualificative (tecniche, economiche, sociali, etiche) che definiscono una tecnologia sanitaria, (vedi) l'opportunità della sua adozione. Le tecniche specifiche di acquisizione delle informazioni e di raggiungimento del consenso sono la meta-analisi, le consensus conferences, l'elaborazione di linee guida (vedi). "L'attività di T.A. si pone a ponte su un confine mobile, fra conoscenza e pratica per produrre e sintetizzare le informazioni relative a una tecnologia a servizio del processo decisionale *politico* che determina la sua assunzione e/o formalizzazione" (R. Battista).

Tendenza della sanità (health trend): La rappresentazione della situazione della salute, che fa anche riferimento alle condizioni passate e a quelle future. Lo sviluppo della salute e quello socio-economico sono legati in modo inseparabile, i progressi nella salute che portano al progresso socioeconomico e che da esso dipendono. Lo sviluppo della salute implica il coordinamento a tutti i livelli fra le attività del settore sanitario e le attività degli altri settori economici, quali l'istruzione, l'agricoltura, l'industria, l'edilizia, i lavori pubblici, le riserve di acqua e le comunicazioni.

Trasferimento tecnologico (technology transfer): Processo in grado di assicurare un'ampia applicazione delle scoperte scientifiche e dei metodi, delle procedure, delle tecniche e degli strumenti che promuovono la salute e lo sviluppo socioeconomico. Il concetto comprende l'esportazione di tecnologie e lo scambio di esse fra gli Stati. L'Organizzazione Mondiale della Sanità cerca di fornire informazioni valide relative a tutte le forme di tecnologie sanitarie, di scoprire tecnologie che siano appropriate alle condizioni sociali ed economiche dei Paesi implicati, di sostenere i Paesi in via di sviluppo nel loro sforzo di acquisire fiducia nella ricerca sanitaria e nello sviluppo, e di promuovere ricerche in collaborazione fra Paesi sviluppati ed in via di sviluppo in aree di particolare interesse per questi ultimi, come le malattie tropicali, le malattie diarroiche e la riproduzione umana.

V

Valori aziendali: Sono la manifestazione visibile della cultura (vedi) che guida i comportamenti preferenziali degli individui nell'organizzazione.

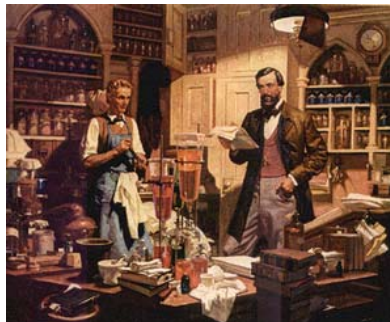
Valutazione (evaluation): Analisi sistematica e critica dell'importanza, dell'adeguatezza, dell'andamento, dell'efficienza e dell'efficacia, dell'impatto e dell'accettazione di un programma o di un'attività. Processo scientifico e sistematico con cui viene determinato il grado in cui un intervento o programma pianificato raggiunge predeterminati obiettivi (WHO).

Valutazione del programma (programme evaluation): La valutazione sistematica della coerenza, dell'adeguatezza, dell'evoluzione, dell'efficienza e dell'efficacia, nonché dell'impatto di un programma.

Variabile: Qualunque cosa che può assumere valori diversi, anche di tipo qualitativo.

Verifica: Operazione di controllo permanente per mezzo della quale si procede all'accertamento di un fatto, di un atto, di un evento (coerenza, regolarità, congruenza...).

Vision: Orizzonti sfidanti che una organizzazione si propone esplicitamente di raggiungere. Deriva dalla cultura e dai valori e traduce in scelte spendibili la semplicità dal Management, mission, per così dire, per tutti i membri dell'organizzazione.



IL DECALOGO DELLA QUALITÀ

- 1 *Per raggiungere un discorso di Qualità Totale ogni Operatore Sociosanitario deve ritenersi collaboratore non più dipendente*
- 2 *La Qualità sta nella consapevolezza di essere i Clienti di Noi stessi*
- 3 *Migliora la Qualità, migliorerai te stesso.*
- 4 *Migliorare la Qualità vuol dire migliorare se stessi. La Qualità rende un prodotto vincente*
- 5 *La Qualità è un insieme di uomini che si predispongono al miglioramento. Una Azienda è formata da persone e la sua Qualità sta nella capacità di queste persone a modificarsi*
- 6 *La Qualità è un bene conquistato con umiltà e fatica da parte di tutto il mondo produttivo, manteniamolo per essere vincenti.*
- 7 *La Qualità è: Informazione, Formazione e Azione*
- 8 *Qualità è l'armonia di un'orchestra dove gli elementi raggiungano un sincronismo Totale*
- 9 *Qualità: "Musica". La Qualità della musica, espressa da ogni singolo maestro, fa grande l'orchestra*
- 10 **Qualità è: Quando Una Azienda Lavora In Totale Armonia**



L'INDAGINE

Nel periodo compreso tra il **15 luglio 1997** ed il **15 gennaio 1998**, il **Settore Controlli di Qualità** del Servizio della Programmazione Sanitaria dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ha organizzato un'indagine conoscitiva volta a rilevare il **livello di soddisfazione** dei **ricoverati** presso le **strutture ospedaliere** delle Aziende USL della Regione Sardegna.

I questionari, **distribuiti a tutti i ricoverati** all'atto dell'accettazione, sono stati **compilati** dagli stessi all'atto della **dimissione**; le ASL hanno provveduto ad immettere i dati dei questionari in un apposito software, predisposto allo scopo da questo Assessorato, e hanno poi trasmesso i files ottenuti a questo Servizio per l'elaborazione a livello regionale.

IL CAMPIONE ESAMINATO

Il campione esaminato nel periodo di riferimento è pari a 16.703 ricoverati, per un totale di **16.702 schede valide** (una scheda è risultata priva di dati).

I questionari sono stati compilati da **7.338 maschi** con un'**età media** di **45,41** anni, e da **9.364 femmine** con **età media** di **43,17** anni, pari ad un'età media generale di **44,29** anni.

La **degenza media** del campione è di **7,94 giorni** e vede prevalere i **maschi** con una degenza media di **8,32** giorni, contro i **7,55** giorni delle **femmine**.

Per quanto attiene allo **stato civile** il **51,47%** è rappresentato da **coniugati** (46,23% maschi e 55,57% femmine); il **23,87%** risulta **celibe** (26,51%) o **nubile** (21,81%); il

9,91% sono i **vedovi** (6,41% maschi e 12,65% femmine); i **separati/divorziati** assommano al **3,32%** (3,97% maschi e 2,82% femmine); mentre i questionari che non presentano compilata questa voce sono pari al 11,43% con netta prevalenza dei maschi (16,90%) sulle femmine (11,43%).

Il **titolo di studio** prevalente dei ricoverati è la **licenza media inferiore (35,01%)** con il 31,43% per i maschi ed il 37,82% per le femmine; in ordine decrescente, il **22,71%** ha conseguito la **licenza elementare** (26,11% maschi e 20,04% femmine), il **20,52%** la **licenza media superiore** (17,23% maschi e 23,11% femmine); solo il **5,19%** è **laureato** (3,52% maschi e 6,50% femmine), mentre hanno dichiarato **nessun titolo di studio** il **5,74%** (6,35% maschi e 5,25% femmine); il 10,83% non ha compilato questa voce (15,37% maschi e 7,27% femmine).

E' interessante l'elaborazione relativa all'esame delle **professioni** del campione esaminato: la categoria più rappresentata è quella delle **casalinghe** col **29,9%**, segue poi quella dei **pensionati** col **19,2%**.

Queste **due categorie** rappresentano da sole il **49,1%** di tutto il campione. Le altre categorie hanno una frequenza percentuale molto bassa e distribuita con valori che oscillano tra il **9,3%** (**studenti**) ed il **0,9%** (**militari**). L'**81,4%** del campione è rappresentato da sole **6 categorie**.

Anche la correlazione tra età media del campione e le categorie professionali rappresentate offre degli interessanti spunti di valutazione che confermano la significatività dell'indagine: l'età media del campione ha 40,5 anni di età, i **pensionati** hanno un'età media di **68,5 anni**, seguono i **coltivatori** con **46,9 anni** e le **casalinghe** con **45,6 anni**. In effetti **sotto i 30 anni** sono presenti solamente gli **studenti** con un'età media di **16,1 anni**.

STRUTTURE COINVOLTE

Le strutture coinvolte nell'indagine sono rappresentate dagli Ospedali pubblici delle Aziende USL della Sardegna elencate nella tabella che segue (con esclusione dell'ASL n. 2 di Olbia in quanto i supporti informatici pervenuti non sono stati elaborabili).

Il **numero di schede (16.703)** raccolte rappresenta il **1-3,51%** di **tutti i ricoveri** (pari a **123.616**) fatti nel **periodo** in **riferimento**.

L'Azienda USL che ha contribuito maggiormente, in termini percentuali, all'indagine è la N. 7 di Carbonia, con un numero di schede pari al 31,86% rispetto al numero dei ricoveri dello stesso periodo.

Seguono in ordine decrescente le ASL n. 5 di Oristano col 23,63%, la n. 104 di Lanusei col 22,71%, la n. 106 di Santuluri col 19,32%, la n. 108 di Cagliari col 12,48%, l'Azienda Ospedaliera Brotzu col 9,18% ed infine la 101 di Sassari col 3,71%.

Le strutture ospedaliere che hanno un tasso di questionari con valore percentuale più elevato appartengono sempre all'ASL n. 7 di Carbonia e sono l'Ospedale CTO di Iglesias col 49,29% dei questionari, l'Ospedale Crobu di Iglesias col 45,55%, l'Ospedale S. Barbara di Iglesias col 30,41%.

L'ospedale Sirai di Carbonia, sede dell'ASL n. 7 ha invece presentato solo il 22,22 % di questionari, equiparandosi agli ospedali di Lanusei (22,71%) e al S.Martino di Oristano (23,63%).

Solo l'Ospedale Marino di Cagliari ha eguagliato i valori dell'ASL n. 7 di Carbonia con un numero di questionari pari al 32,29%.

Tutte le altre strutture ospedaliere si sono attestate su va-

lori percentuali inferiori al 20%, con un minimo assoluto per l'Ospedale SS. Annunziata di Sassari col 3,71% di schede compilate.

Uno studio più analitico è riportato nelle tabelle allegate, che verificano il numero dei questionari compilati, la distribuzione per età e la degenza media dei ricoverati in ciascun reparto ospedaliero.



I RISULTATI

CONTENUTI DEI QUESTIONARI

Valutazione del personale sanitario

Gli items contenuti nei questionari hanno dato anche la possibilità di valutare la **qualità dell'accoglienza** e dei **trattamenti** nelle **strutture sanitarie**.

Si deve tener conto, comunque, che nella maggior parte dei casi si tratta esclusivamente di **qualità "percepita"** dagli utenti e non certo di **qualità "oggettiva"**.

Le valutazioni sono state raggruppate in 4 voci: Buono, Sufficiente, Insufficiente o scadente e Non so.

Il 64,3% del campione esaminato ha effettuato visite ed esami prima del ricovero presso l'ospedale e nel 53,6% dei casi viene dichiarato un trattamento "buono", il 26,2% dichiara un trattamento "sufficiente", l'11,4% "Insufficiente", mentre l'8,8% "non so".

Il **giorno del ricovero** il 47% dichiara di aver ricevuto un **trattamento** "buono", il 37% un trattamento "sufficiente", il 9,3% un trattamento "insufficiente" ed il 6,7% ha dichiarato un "non so".

L'**accoglienza complessiva** in **reparto** è stata ritenuta "buona" per il 44,6% degli utenti, mentre il 33,2% l'ha ritenuto "sufficiente", l'11,5% "insufficiente" ed il 10,7% non si è pronunciato.

Si è potuto, inoltre, valutare il **comportamento professionale** ed i **rapporti interpersonali** tra **personale sanitario** e **utenza**; complessivamente per i "**medici**" è stato espresso un giudizio "**buono**" nel **40,2%** dei questionari, contro il **42,1%** per gli "**infermieri**".

La **valutazione** di “**sufficiente**” è stata espressa col **34,9%** per i “**medici**” e il **31,8%** per gli “**infermieri**”.

I “**medici**” sono risultati “**insufficienti**” nel **13,4%** dei casi, contro il **15,2%** degli “**infermieri**”.

“Non so” è stato pari a 11,5% per i “medici” e a 10,9% per gli “infermieri”.

Dettagli maggiori sulle singole voci degli items proposti per il personale medico e infermieristico possono essere rilevati nelle schede che si allegano.

Valutazione delle strutture di ricovero

Le **strutture di ricovero**, per quanto concerne le stanze di ricovero, gli spazi comuni, i servizi igienici sono state giudicate complessivamente “**buone**” nel **28,9%** dei casi, “**sufficienti**” nel **33,5%**, “**insufficienti**” nel **27%** e il 10,7% si è astenuto.

Anche per questo tipo di elaborazione sono allegati alla presente i grafici relativi alle singole voci considerate nel questionario.

Valutazione dell'Organizzazione

Per quanto si riferisce all'**organizzazione** si sono rilevate delle valutazioni sovrapponibili a quelle espresse per le strutture di ricovero.

In particolare, il **27,5%** ha espresso parere “**buono**”, il **34%** “**sufficiente**”, il **19,2%** “**insufficiente**” ed il 19,3% ha riportato un “non so”.

LE CONCLUSIONI

L'indagine effettuata rappresenta, comunque, con i limiti già indicati, essendo una **valutazione** non strettamente "oggettiva", un **primo indicatore** sulla **qualità** dei **servizi** e delle **strutture di ricovero e cura** presenti sul territorio regionale.

L'**esiguo numero** di **questionari** mediamente **compilati** (il 13,51% rispetto al numero totale dei ricoveri) e l'ampia variazione percentuale del campione (dal 49,29% dell'Ospedale CTO di Iglesias al 3,71% dell'Ospedale SS. Annunziata di Sassari) sembra indicare una **difficoltà organizzativa** da parte delle Aziende nel **rilevare** i **livelli di soddisfazione** dei propri utenti/clienti.

In particolare, si dovrà porre attenzione ai valori espressi come "**sufficiente**" e "**insufficiente**" poiché **suscettibili di miglioramento** con le opportune correzioni auspicabili da parte delle ASL.

In tal senso, si dovrà tener conto delle indicazioni fornite dagli stessi utenti con gli items n. D32, D33, D34, D35 e D36, relativi ai **servizi** che sarebbe **utile istituire** all'interno degli ospedali per rendere più vivibile la condizione di malato e garantire una migliore qualità della vita durante il ricovero ospedaliero.

Gli items citati si riferiscono alla presenza di sale di lettura, al servizio di lavanderia per gli effetti personali dei degenti, alla possibilità di vitto a pagamento per gli eventuali accompagnatori, alla possibilità di usufruire del servizio di barbieri e parrucchiere, nonché alla presenza di un supermarket.

La **ripetizione dell'indagine**, dopo un congruo periodo di tempo, potrebbe permettere la **valutazione** dei **migliora-**

menti conseguiti con gli **opportuni interventi**.





DISTRIBUZIONE PER AZIENDA DEI QUESTIONARI COMPILATI



Numero di questionari compilati per Ospedale e per Azienda
Tab. 1

Azienda	Cod. Osp.le	Denominazione	Totale Ricoveri Periodo Riferimento (Anno 1997)	Numero questionari compilati	% Questionari compilati	Totale Ricoveri (per Azienda)
01	200001	SS. Annunziata	16.941	628	3,71%	16.941
	200021	"Mastino" Bosa	1.409	264	18,74%	
	200022	Osp.le Civ. Isili	1.079	204	18,91%	
03	200017	S. Francesco	11.992	1.158	9,66%	16.426
	200020	Osp.le Civ. Sorgono	1.195	184	15,40%	
	200018	Zonchello	753	95	12,62%	
04	200019	Osp.le Civ. Lanusei	3.923	891	22,71%	3.923
05	200052	S. Martino (OR)	5.882	1.390	23,63%	5.882
06	200034	"NS Bonaria" S. Gavino	3.536	682	19,29%	3.536
	200033	Crobu	2.510	1.143	45,55%	
	200030	CTO	1.276	629	49,29%	
07	200029	S. Barbara	2.861	870	30,41%	12.087
	200028	Sirai	5.440	1.209	22,22%	
	200024	S. Giovanni	14.578	1.363	9,35%	
08	200025	Biraghi	2.575	364	14,14%	44.698
	200026	Marino	2.930	946	32,29%	
	200031	SS. Trinità	12.237	1.558	12,73%	
	200035	Osp.le "S. Marcellino" Muravera	1.746	311	17,81%	
09	200036	Businco	6.823	721	10,57%	19.377
	200038	Microclemenco	3.809	314	8,24%	
	200037	Brotzu	19.377	1.779	9,18%	
Tot. Schede			122.869	16.703		

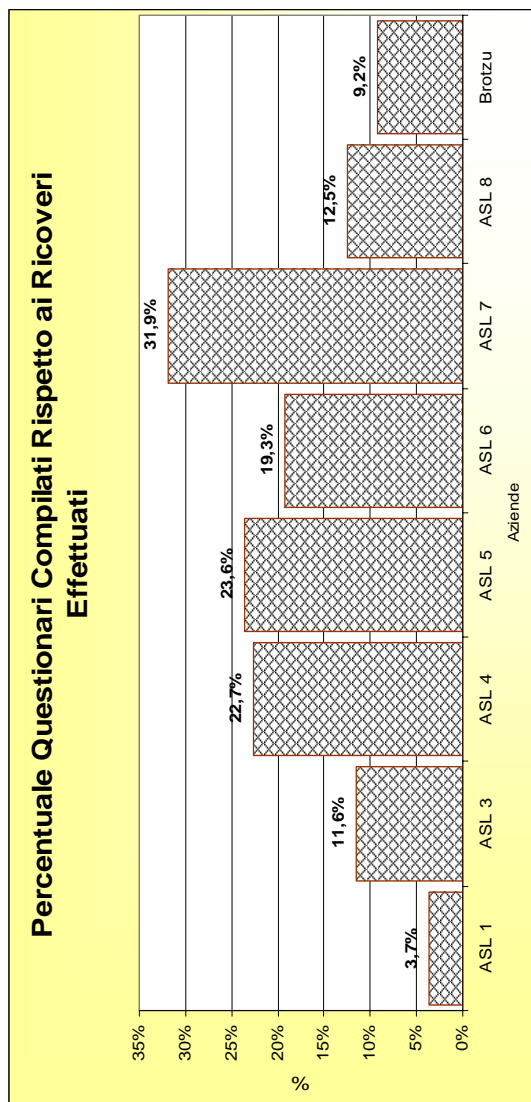
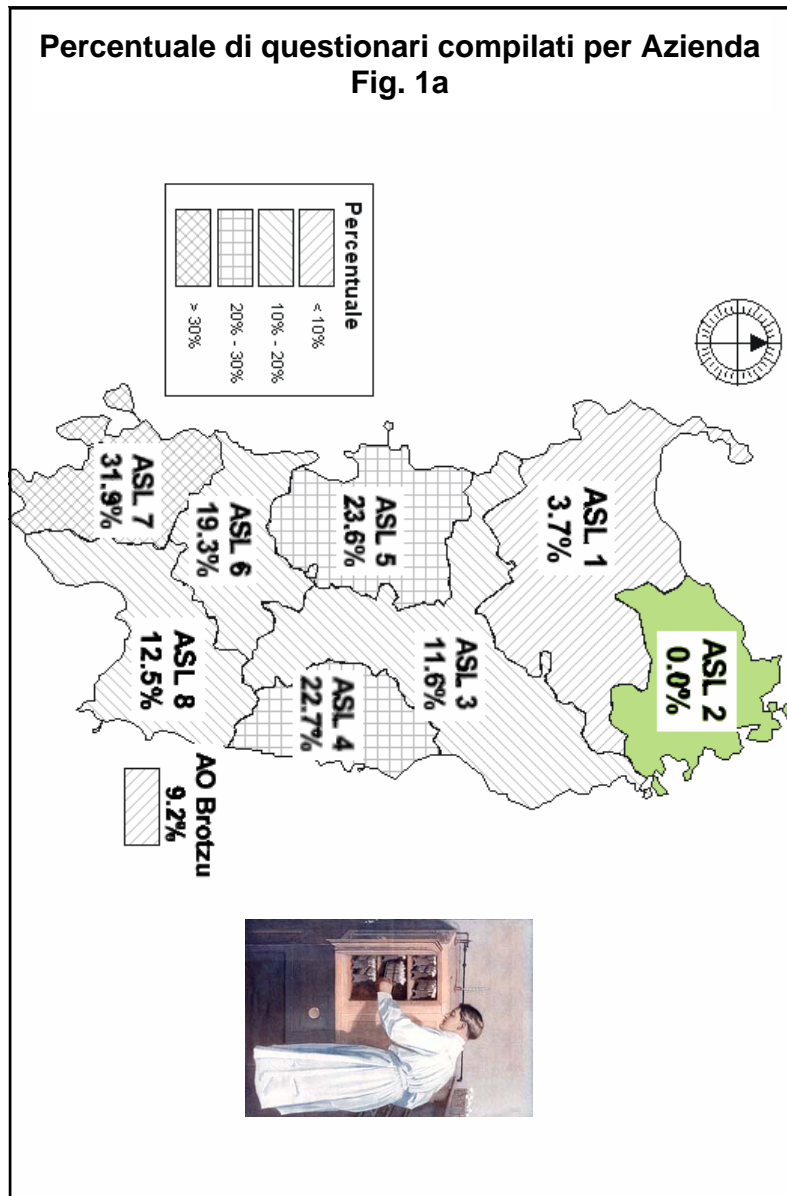


Fig. 1

Percentuale di questionari compilati per Azienda
Fig. 1a



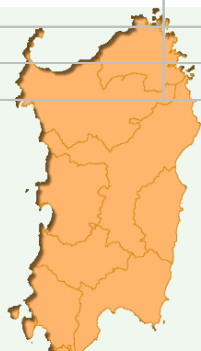


CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE

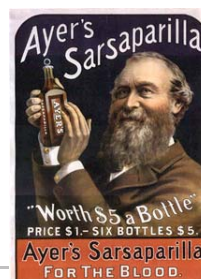


Num. Quest. ed Età Media del Campione

Maschi		Femmine		Totale (M+F)	
<i>N. Quest.</i>	<i>Età Media</i>	<i>N. Quest.</i>	<i>Età Media</i>	<i>N. Quest.</i>	<i>Età Media</i>
7.338	45,41	9.364	43,17	16.702	44,29
Schede senza Ind.				Totale Schede	
<i>N. Quest.</i>				<i>N. Quest.</i>	
1				16.703	

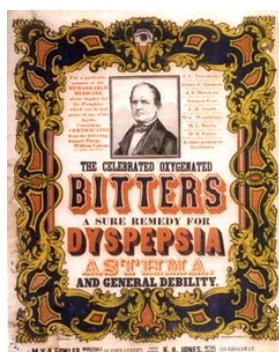


Tab. 2



Degenza media del Campione

Maschi	Femmine	Totale
<i>Deg. Media</i>	<i>Deg. Media</i>	<i>Deg. Media</i>
8,32	7,55	7,94

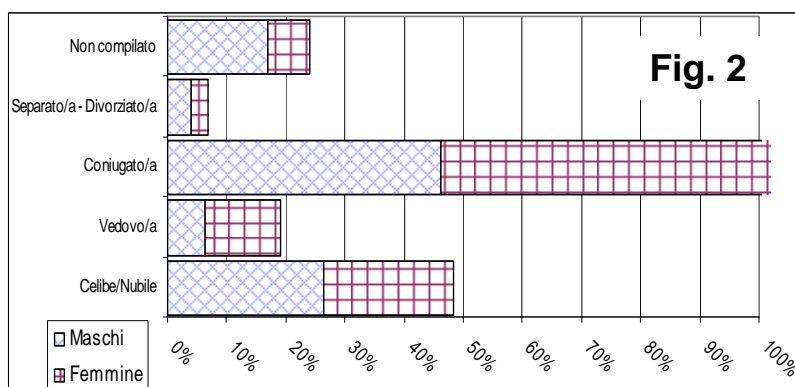


Tab. 3



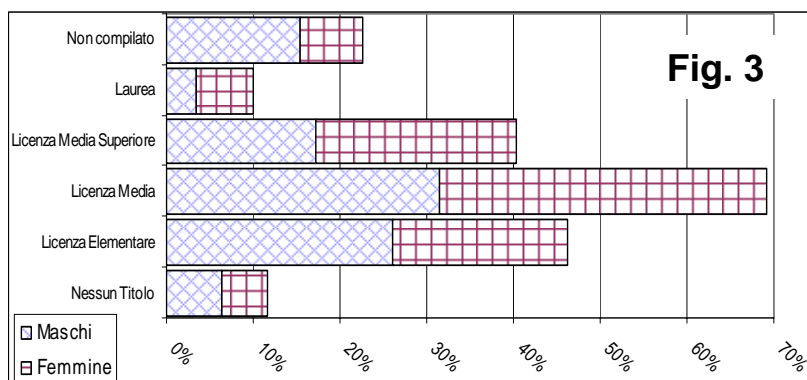
Stato Civile del Campione						
Stato Civile	Maschi		Femmine		Totale	
	<i>Num.</i>	<i>%</i>	<i>Num.</i>	<i>%</i>	<i>Num.</i>	<i>%</i>
<i>Celibe/Nubile</i>	1.945	26,5%	2.042	21,8%	3.987	23,9%
<i>Vedovo/a</i>	470	6,4%	1.185	12,7%	1.655	9,9%
<i>Coniugato/a</i>	3.392	46,2%	5.204	55,6%	8.596	51,5%
<i>Separato/a - Divorziato/a</i>	291	4,0%	264	2,8%	555	3,3%
<i>Non compilato</i>	1.240	16,9%	669	7,1%	1.909	11,4%
<i>Totali</i>	7.338	100,0%	9.364	100,0%	16.702	100,0%

Tab. 4



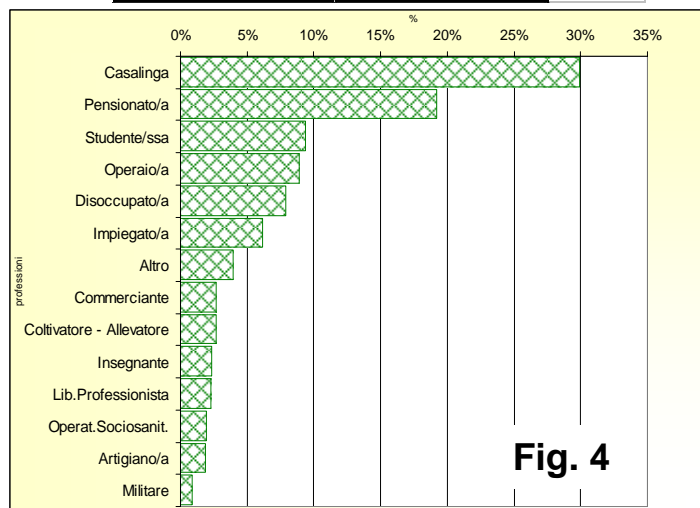
Titolo di Studio del Campione						
Titolo di Studio	Maschi		Femmine		Totale	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Nessun Titolo	466	6,4%	492	5,3%	958	5,7%
Licenza Elementare	1.916	26,1%	1.877	20,0%	3.793	22,7%
Licenza Media	2.306	31,4%	3.541	37,8%	5.847	35,0%
Licenza Media Superiore	1.264	17,2%	2.164	23,1%	3.428	20,5%
Laurea	258	3,5%	609	6,5%	867	5,2%
Non compilato	1.128	15,4%	681	7,3%	1.809	10,8%
Totali	7.338	100,0%	9.364	100,0%	16.702	100,0%

Tab. 5



Tab. 6

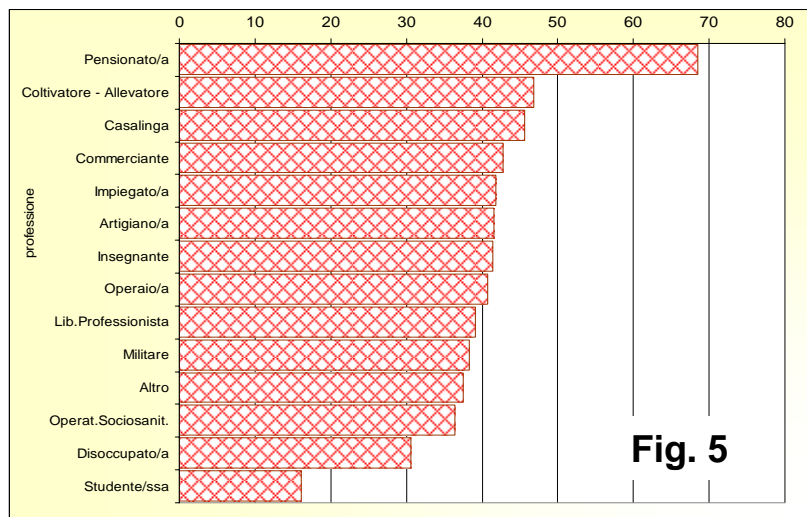
Professione del Campione			
Professione	Camp.Totale		% cum.
	<i>Num.</i>	%	
Casalinga	4.390	29,9%	29,9%
Pensionato/a	2.826	19,2%	49,1%
Studente/ssa	1.372	9,3%	58,5%
Operaio/a	1.304	8,9%	67,3%
Disoccupato/a	1.156	7,9%	75,2%
Impiegato/a	906	6,2%	81,4%
Altro	582	4,0%	85,3%
Commerciante	396	2,7%	88,0%
Coltivatore - Allevatore	391	2,7%	90,7%
Insegnante	342	2,3%	93,0%
Lib.Professionista	334	2,3%	95,3%
Operat.Sociosanit.	285	1,9%	97,2%
Artigiano/a	280	1,9%	99,1%
Militare	126	0,9%	100,0%
Totale	14.690	100,0%	



Tab. 7

Età media per professione

Professione	Camp.Totale	
	Num.	Età Media
Pensionato/a	2.826	68,5
Coltivatore - Allevatore	391	46,9
Casalinga	4.390	45,6
Commerciante	396	42,8
Impiegato/a	906	41,9
Artigiano/a	280	41,6
Insegnante	342	41,5
Operaio/a	1.304	40,8
Lib.Professionista	334	39,1
Militare	126	38,4
Altro	582	37,5
Operat.Sociosanit.	285	36,4
Disoccupato/a	1.156	30,6
Studente/ssa	1.372	16,1
Totale	14.690	40,5





LIVELLI DI SODDISFAZIONE ASPETTI GENERALI



Giudizio dei ricoverati sull'assistenza ricevuta dai MEDICI del reparto

Medici		
Risposte	Totali	
	Frequenza	%
<i>Buono</i>	33.594	45,4%
<i>Sufficiente</i>	29.156	39,4%
<i>Insufficiente / Scadente</i>	11.176	15,1%
Totale	73.926	100,0%

Tab. 8

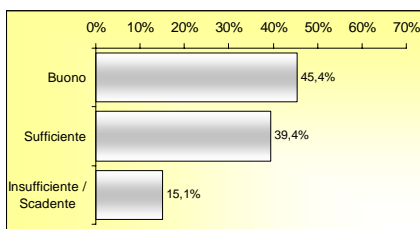


Fig. 6

Giudizio dei ricoverati sull'assistenza ricevuta dagli INFERMIERI del reparto

Infermieri		
Risposte	Totali	
	Frequenza	%
<i>Buono</i>	42.223	47,3%
<i>Sufficiente</i>	31.859	35,7%
<i>Insufficiente / Scadente</i>	15.214	17,0%
Totale	89.296	100,0%

Tab. 9

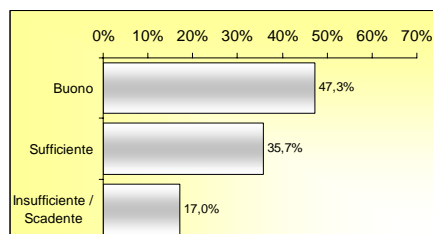
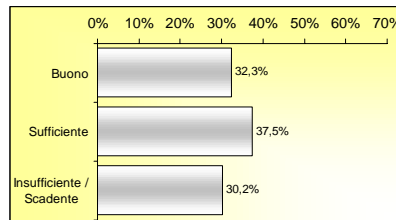


Fig. 7

Tab. 10

Strutture		
Risposte	Totali	
	Frequenza	%
<i>Buono</i>	14.463	32,3%
<i>Sufficiente</i>	16.773	37,5%
<i>Insufficiente / Scadente</i>	13.531	30,2%
Totali	44.767	100,0%

Fig. 8



Tab. 11

Organizzazione		
Risposte	Totali	
	Frequenza	%
<i>Buono</i>	27.526	34,0%
<i>Sufficiente</i>	34.095	42,1%
<i>Insufficiente / Scadente</i>	19.285	23,8%
Totali	80.906	100,0%

Fig. 9

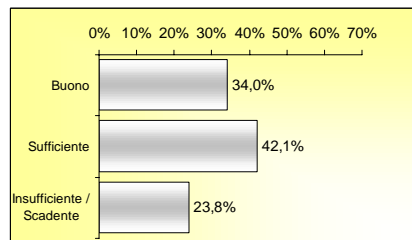


Fig. 10

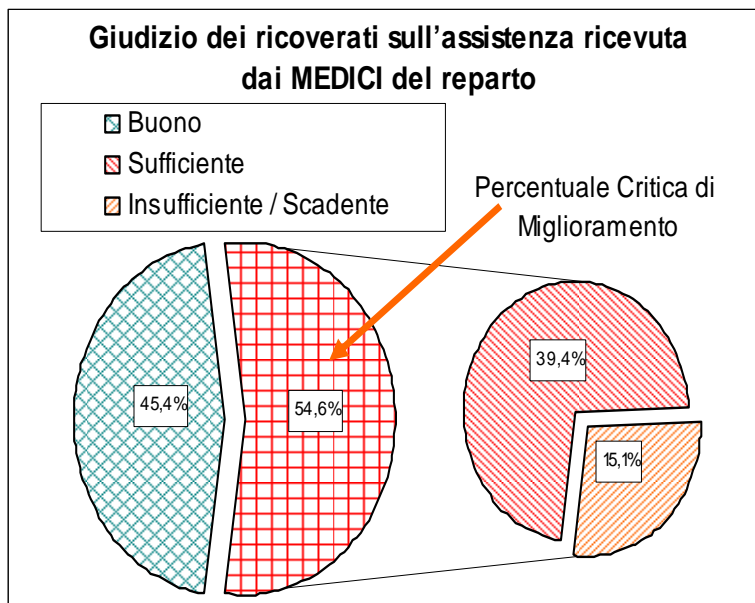
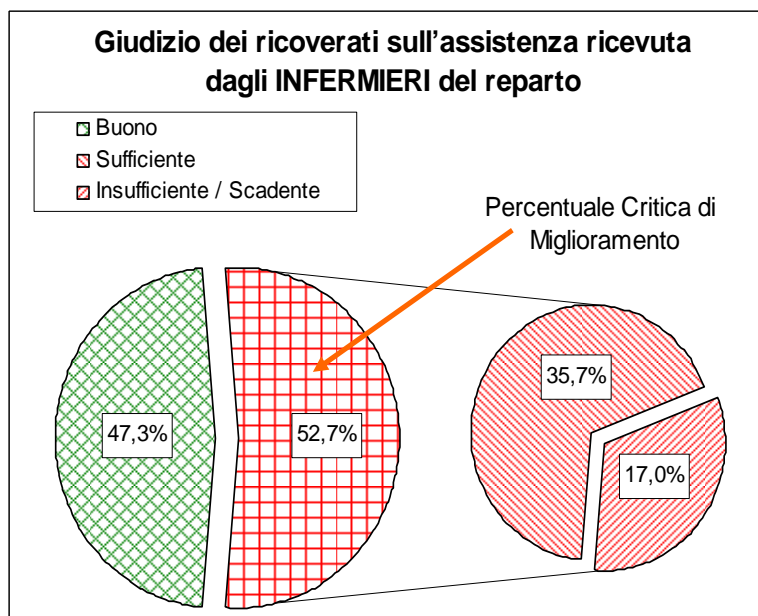


Fig. 11



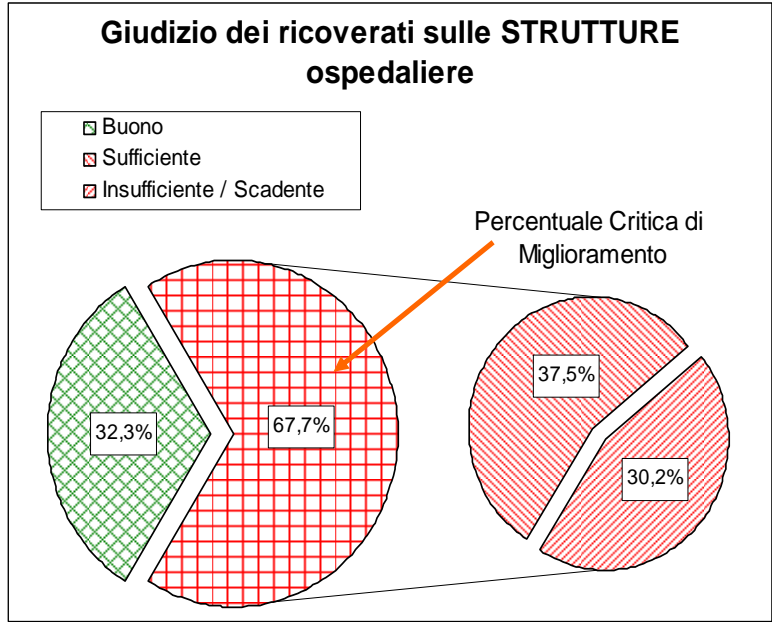


Fig. 12

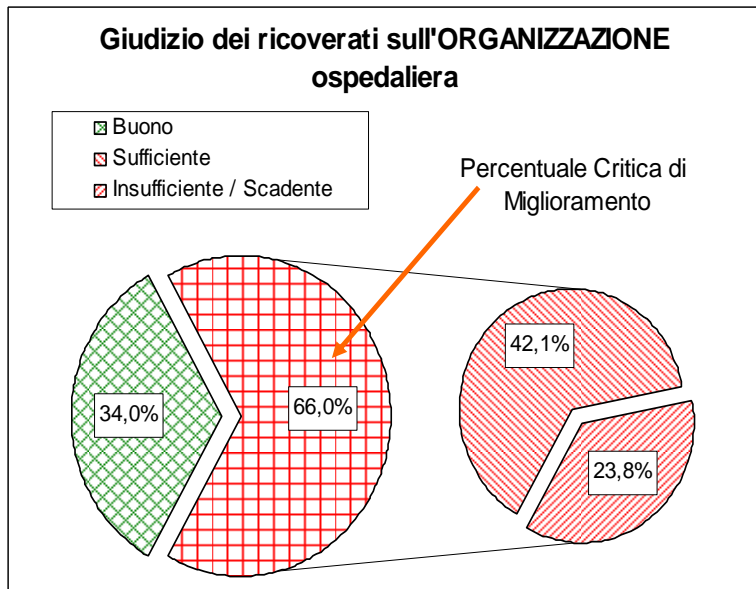
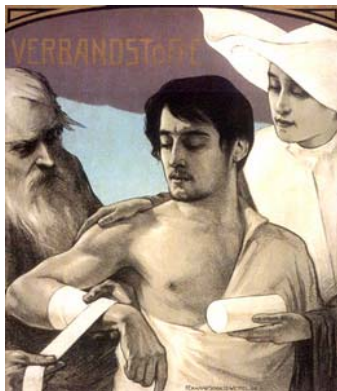
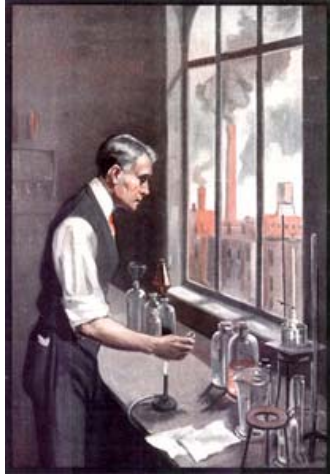


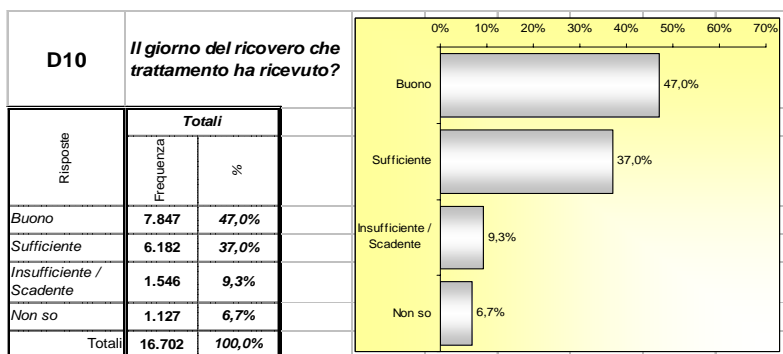
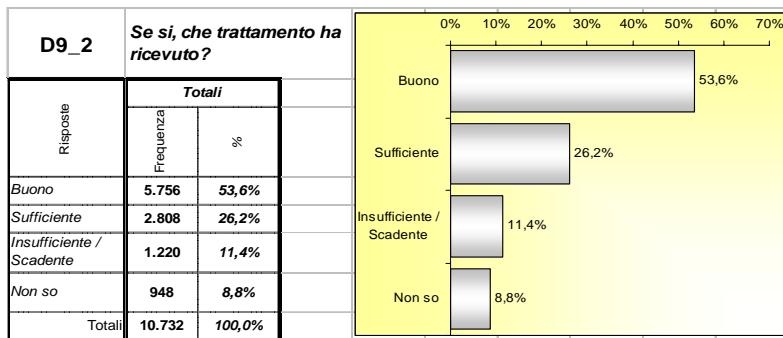
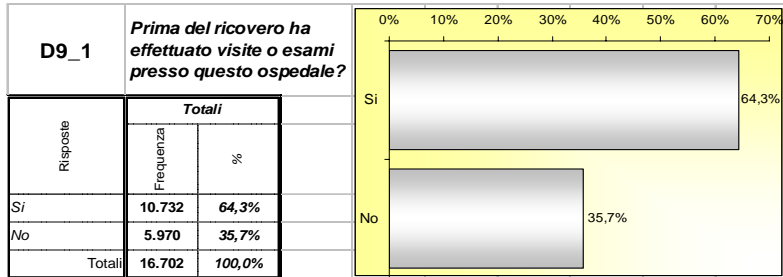
Fig. 13

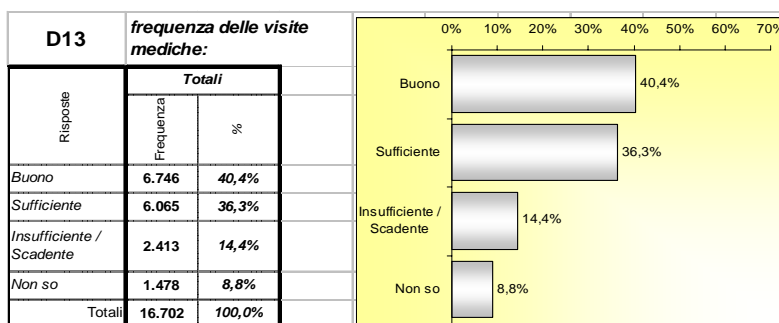
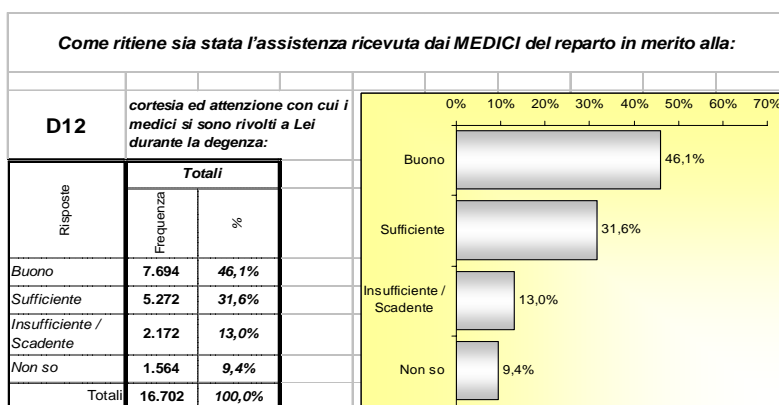
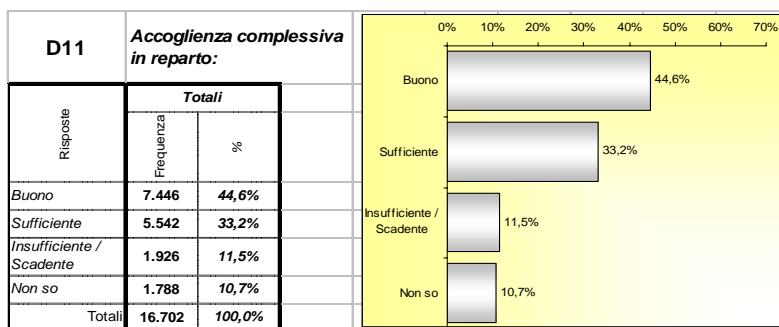


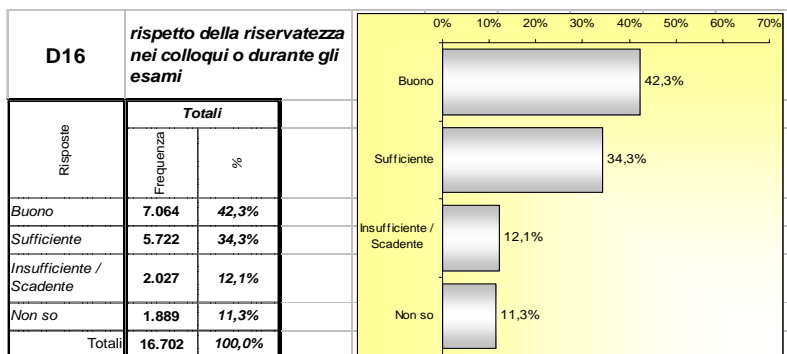
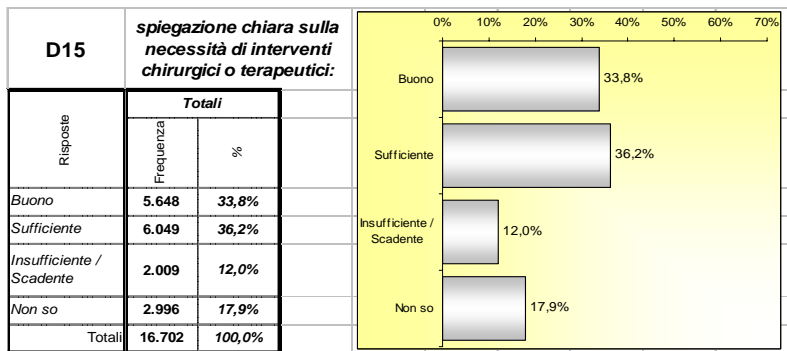
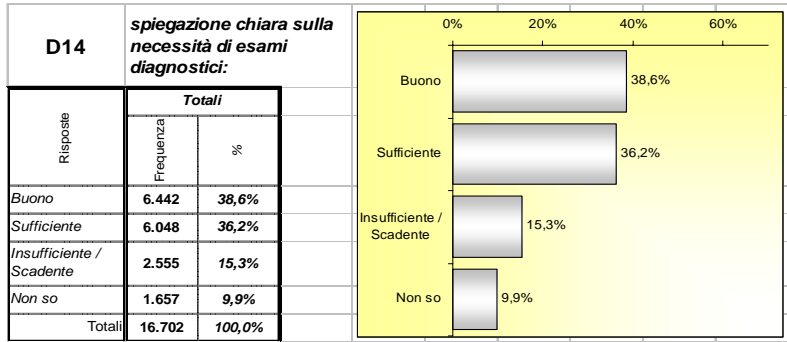


ANALISI DEGLI ITEMS DEL QUESTIONARIO

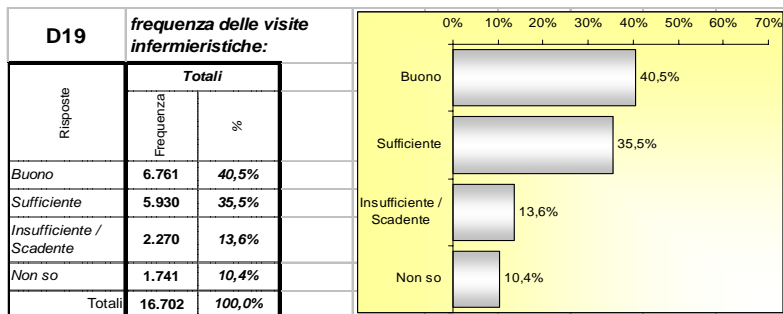
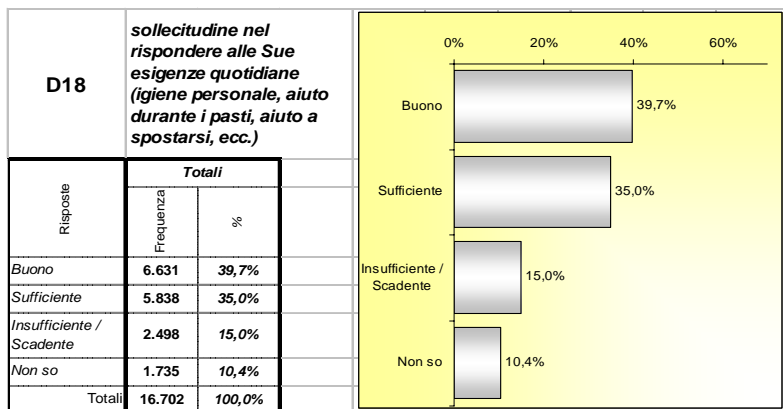
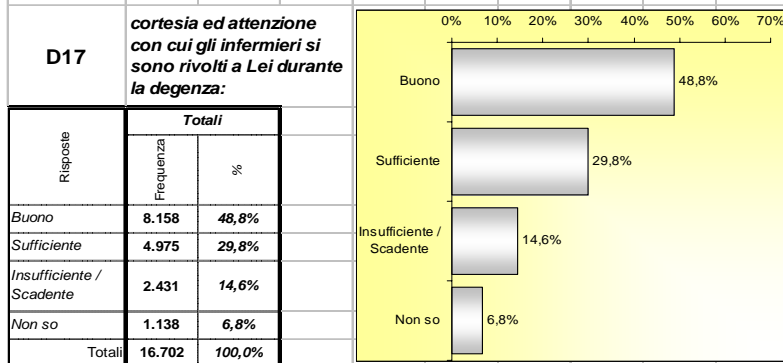


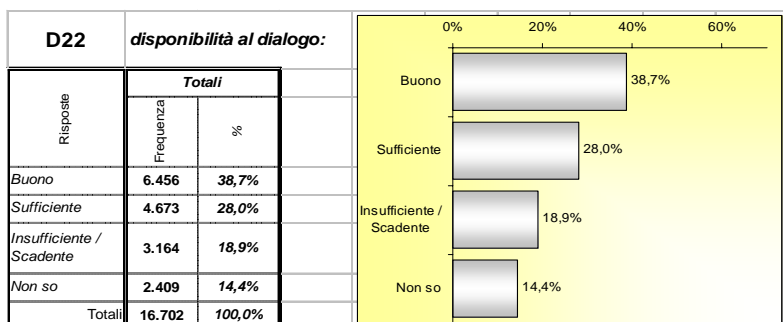
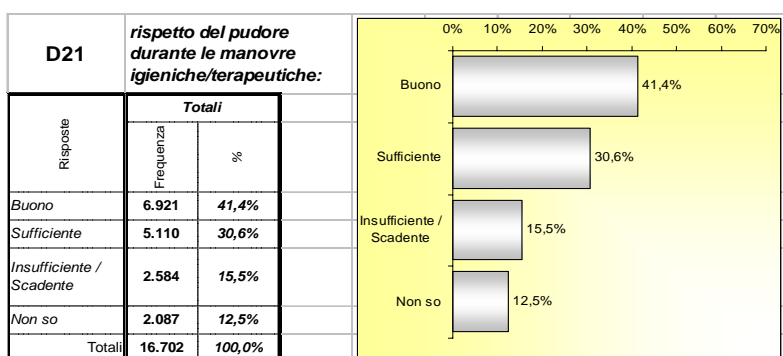
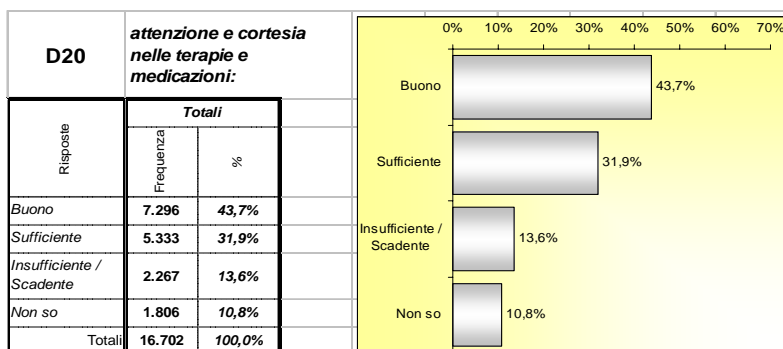


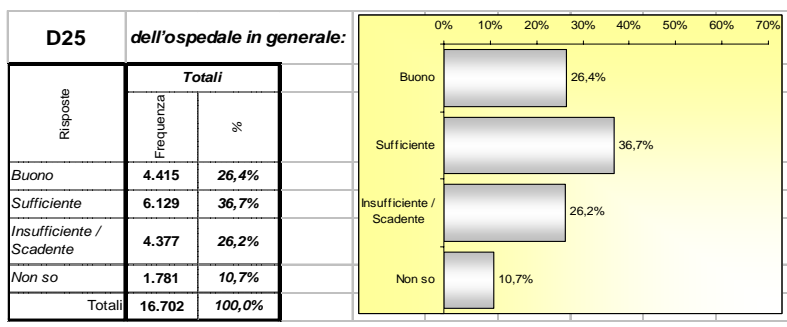
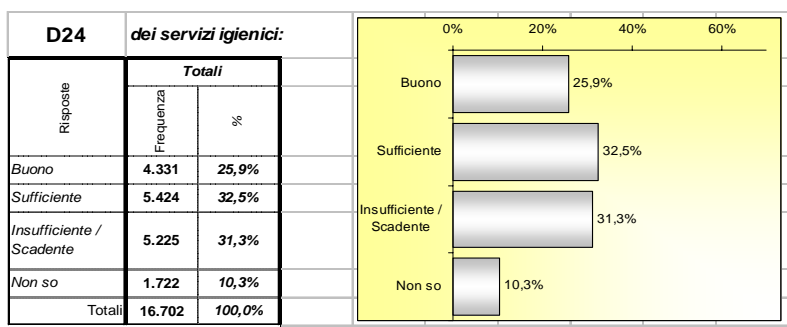
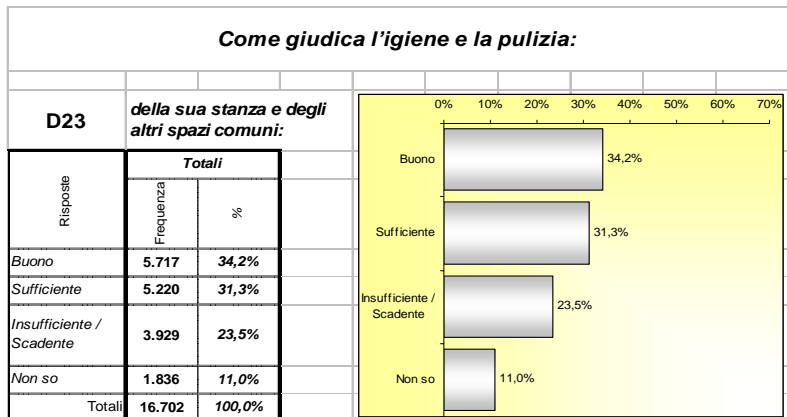


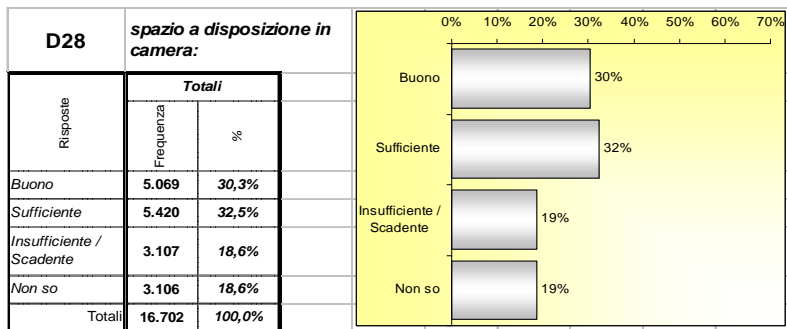
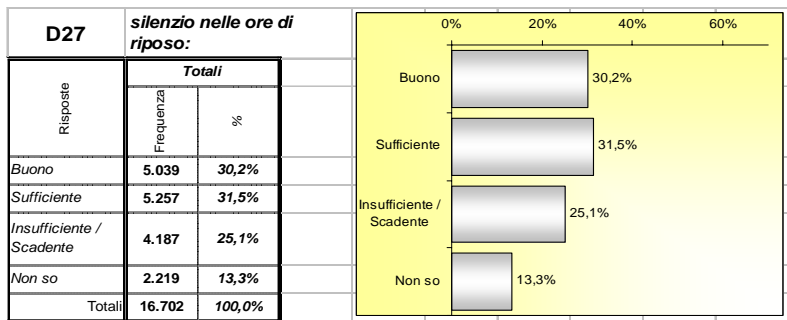
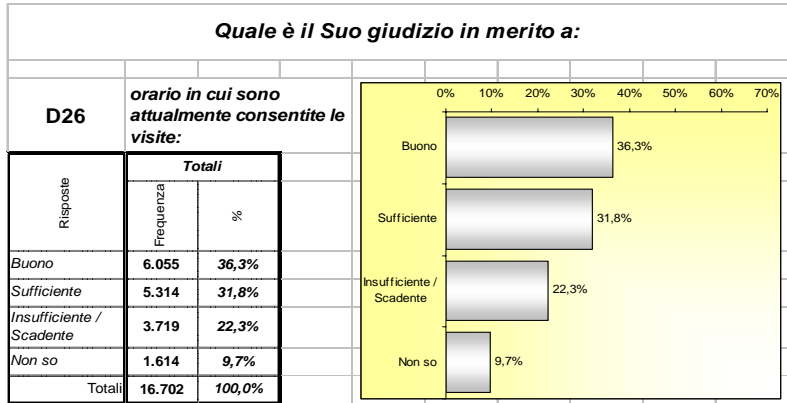


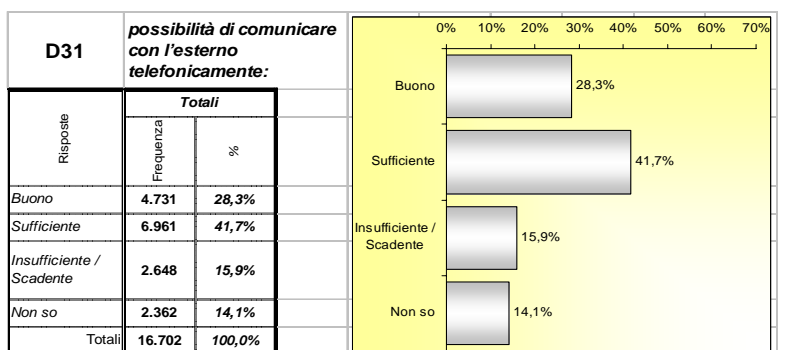
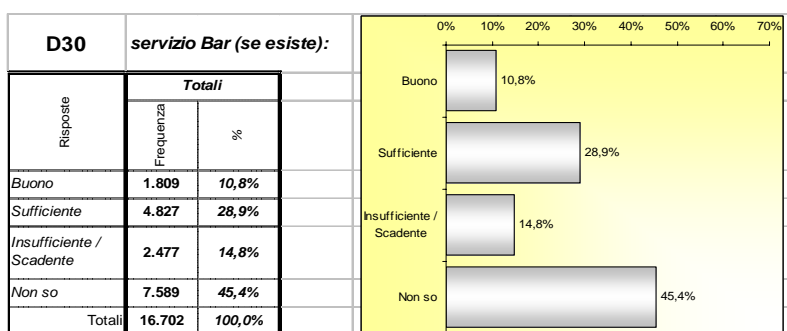
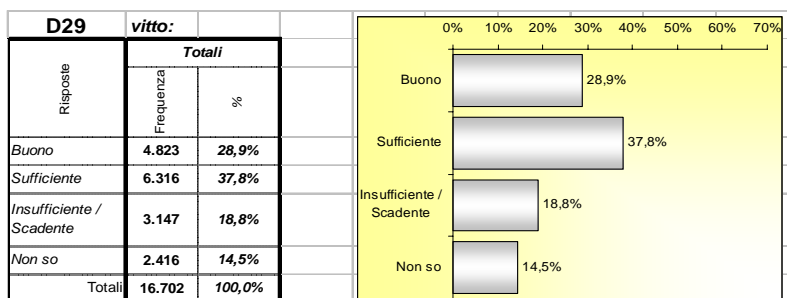
Come ritiene sia stata l'assistenza ricevuta dagli **INFERMIERI** del reparto in merito alla:

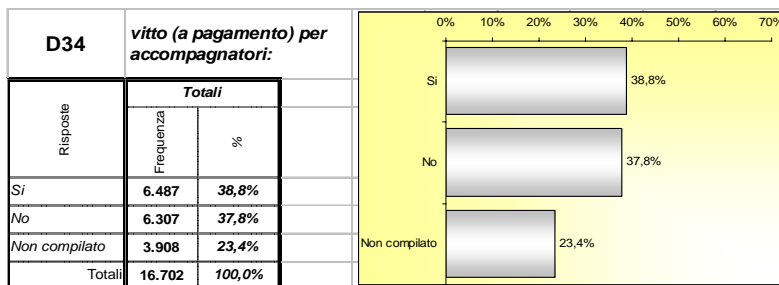
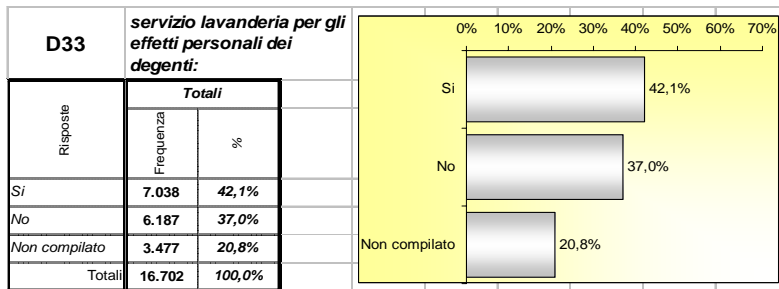
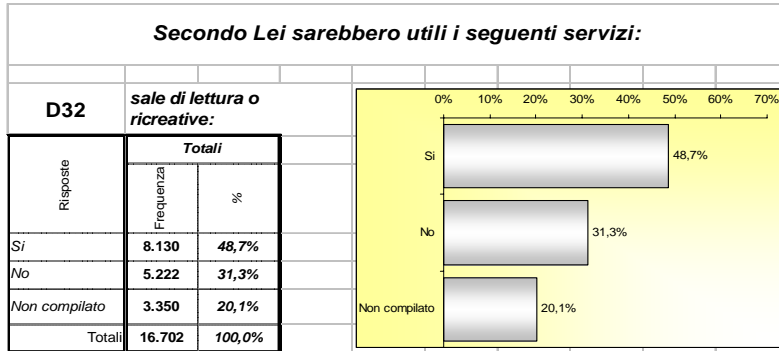


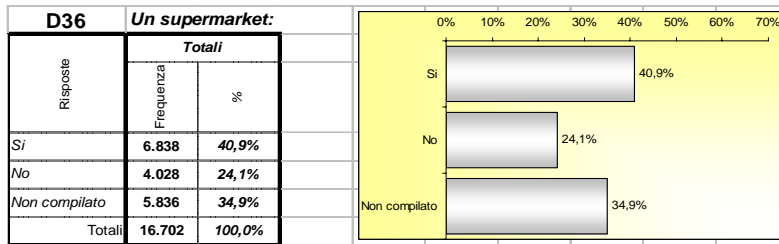
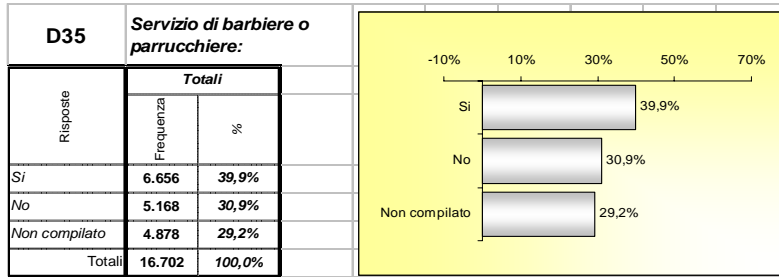
















Questionario per la Valutazione dei Degenti sull'Assistenza Ricevuta Durante il Ricovero

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare l'assistenza nel nostro ospedale. Sbarri il quadrato sotto l'espressione che meglio esprime la Sua opinione, come indicato nell'esempio qui sotto, con una penna nera o blu.

Esempio:

frequenza delle visite mediche



Le risposte rimarranno anonime e non saranno viste dal personale del reparto. Se crede può farsi aiutare dai Suoi familiari od amici nel compilare questo questionario. Le saremo grati se segnalerà gli aspetti positivi e negativi del Suo ricovero in dettaglio, ma La preghiamo di farlo nell'apposito spazio alla fine della scheda.

Le sue risposte, ci permetteranno di valutare il grado di soddisfazione per i servizi ricevuti.

Gli eventuali suggerimenti o le indicazioni comunque desumibili dal questionario saranno utili per migliorare i Servizi erogati in questo Ospedale.

La ringraziamo per la collaborazione.

La recente legislazione (D.L. 502/1992 e D.L. 517/1993) e la "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari" (19/05/1995) hanno introdotto alcuni criteri tipici delle aziende private, allo scopo di ridurre gli sprechi e migliorare la qualità dei servizi erogati e dell'organizzazione complessiva.

Il cammino verso l'aziendalizzazione della Sanità comporterà un cambiamento strutturale, organizzativo e gestionale, che sarà destinato ad incidere significativamente nel rapporto "clienti"/"fornitori" di servizi.

Uno degli aspetti fondamentali di tale profonda trasformazione è la particolare attenzione posta sulla qualità dei servizi erogati. Questa viene considerata come quel complesso di caratteristiche di un servizio o prodotto in grado di soddisfare le esigenze espresse o implicite di coloro ai quali è destinato.

Il "cliente" è posto al centro del sistema in una posizione di priorità assoluta: l'impegno dell'azienda dovrà essere teso ad analizzare e a valutare i bisogni dei possibili fruitori.

In questo quadro il Sistema Informativo Aziendale dell'ASL n. 7 di Carbonia, in collaborazione con l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, ha elaborato un Questionario per la valutazione soggettiva dei degenti sull'assistenza ricevuta durante il ricovero.

I questionari vengono consegnati ai pazienti all'accettazione al fine di essere debitamente compilati, in forma anonima, e riconsegnati il giorno della dimissione in una busta chiusa.



0. Ospedale: _____ Data Compilazione:

giorno	mese	anno			

1. Età:

--	--

 2. Sesso: M F

3. Città di Residenza: _____ 3_a. USL _____

4. Stato Civile: 1. Celibe/Nubile 2. Coniugato/a
 3. Vedovo/a 4. Separato/a - Divorziato/a

5. Titolo Studio: 1. Nessun Titolo 2. Licenza Elementare
 3. Licenza Media 4. Licenza Media Superiore
 5. Laurea

6. Professione: 6_a. Attuale: _____ 6_b. Precedente: _____
(se pensionato)

7. Reparto di Degenza: _____ 8. Numero di Giorni Degenza:

--	--	--

9. Prima del ricovero ha effettuato visite o esami presso questo Ospedale? **SI** **NO**

Se si che trattamento ha ricevuto:

	<i>buono</i>	<i>sufficiente</i>	<i>insufficiente</i>	<i>scadente</i>	<i>Non so</i>
Se si che trattamento ha ricevuto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il giorno del ricovero, all'Ufficio accettazione, ha ricevuto un trattamento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Accoglienza complessiva in reparto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come ritiene sia stata l'assistenza ricevuta dai MEDICI del reparto in merito alla:

	<i>buono</i>	<i>sufficiente</i>	<i>insufficiente</i>	<i>scadente</i>	<i>Non so</i>
12. cortesia ed attenzione con cui i medici si sono rivolti a Lei durante la degenza:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. frequenza delle visite mediche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<i>buono</i>	<i>sufficiente</i>	<i>insufficiente</i>	<i>scadente</i>	<i>Non so</i>
14. spiegazione chiara sulla necessità di esami diagnostici:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. spiegazione chiara sulla necessità di interventi chirurgici o terapeutici:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. rispetto della riservatezza nei colloqui o durante gli esami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come ritiene sia stata l'assistenza ricevuta dagli INFERMIERI del reparto in merito alla:

	<i>buono</i>	<i>sufficiente</i>	<i>insufficiente</i>	<i>scadente</i>	<i>Non so</i>
17. cortesia ed attenzione con cui gli infermieri si sono rivolti a Lei durante la degenza:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. sollecitudine nel rispondere alle Sue esigenze quotidiane (igiene personale, aiuto durante i pasti, aiuto a spostarsi, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. frequenza delle visite infermieristiche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. attenzione e cortesia nelle terapie e medicazioni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. rispetto del pudore durante le manovre igieniche/terapeutiche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. disponibilità al dialogo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come giudica l'igiene e la pulizia:

	<i>buono</i>	<i>sufficiente</i>	<i>insufficiente</i>	<i>scadente</i>	<i>Non so</i>
23. della sua stanza e degli altri spazi comuni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. dei servizi igienici:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. dell'ospedale in generale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quale è il Suo giudizio in merito a:

	<i>buono</i>	<i>sufficiente</i>	<i>insufficiente</i>	<i>scadente</i>	<i>Non so</i>
26. orario in cui sono attualmente consentite le visite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. silenzio nelle ore di riposo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. spazio a disposizione in camera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. vitto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>buono</i>	<i>sufficiente</i>	<i>insufficiente</i>	<i>scadente</i>	<i>Non so</i>
30. servizio Bar (<i>se esiste</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. possibilità di comunicare con l'esterno telefonicamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



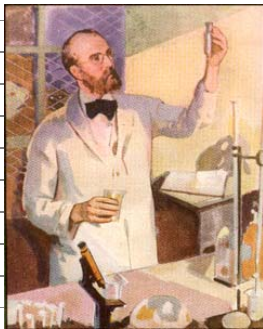
Secondo Lei sarebbero utili i seguenti servizi:

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| 32. sale di lettura o ricreative: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 33. servizio lavanderia per gli effetti personali dei degenti: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 34. vitto (a pagamento) per accompagnatori: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 35. Servizio di barbiere o parrucchiere: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 36. Un supermarket: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Durante la Sua degenza, che cosa l'ha soddisfatta di più:

Durante la Sua degenza, che cosa l'ha soddisfatta di meno:

Eventuali osservazioni generali, critiche, suggerimenti sulla vita in Ospedale, sulla struttura, su altri problemi (in forma sintetica):



THE CELEBRATED OXYGENATED
BITTERS
 A SURE REMEDY FOR
DYSPEPSIA
ASTHMA,
 AND GENERAL DEBILITY

M. Y. FOWLER, PROPRIETOR, 108 N. 3RD ST., N. Y. CITY.