Rilevare la soddisfazione degli utenti nelle strutture per anziani non-autosufficienti. Una sperimentazione sul territorio toscano

Regione Toscana

**Rilevare la soddisfazione degli utenti
nelle strutture per anziani non-autosufficienti.
Una sperimentazione sul territorio toscano**

Regione Toscana Giunta regionale
Direzione Generale Diritti di Cittadinanza
e coesione sociale

Catalogazione nella pubblicazione (CIP) a cura
della Biblioteca della Giunta regionale Toscana

Rilevare la soddisfazione degli utenti nelle strutture
***per anziani non-autosufficienti* : una sperimentazione
sul territorio toscano**

I. Toscana <Regione>. Direzione generale diritti di
cittadinanza e coesione sociale
II. Istituto per la ricerca sociale. Area politiche e servizi
sociali e sanitari
III. Castegnaro, Claudio
1. Residenze sanitarie assistenziali – Qualità – Opinioni
di anziani : Disabili – Toscana – Rilevazioni statistiche
362.1609455

Realizzazione e stampa:
Centro stampa Giunta Regione Toscana

Distribuzione gratuita
Stampa gennaio 2012

Indice

5 **PREMESSA**

7 **1. INTRODUZIONE**
- 1.1 La valutazione della qualità
- 1.2 Qualità percepita e soddisfazione degli utenti
- 1.3 La normativa di riferimento
- 1.4 Le buone prassi

22 **2. IL PERCORSO DI LAVORO**
- 2.1 Obiettivi e fasi operative del progetto
- 2.2 La progettazione partecipata
- 2.3 La sperimentazione in Regione Toscana
- 2.4 Il confronto con i portatori di interesse
- 2.5 La fase di rilevazione

32 **3. RISULTATI E PROSPETTIVE**
- 3.1 La cassetta degli attrezzi
- 3.2 Prima analisi dei dati raccolti
- 3.3 Spunti per lo sviluppo del progetto

57 **4. INDICAZIONI METODOLOGICHE E STRUMENTI**
- 4.1 Procedura di rilevazione
- 4.2 Lettera di presentazione
- 4.3 Indicazioni per lo svolgimento delle interviste
- 4.4 Manuale utente per l'inserimento dei dati
- 4.5 Elaborazione dei dati raccolti e socializzazione dei risultati
- 4.6 Questionari e tracce di intervista

71 **5. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI WEB**

Il presente lavoro è stato realizzato da una équipe di ricerca dell'Area Politiche e Servizi Sociali e Sanitari dell'Istituto per la Ricerca Sociale coordinata da Claudio Castegnaro e composta da Chiara Crepaldi, Cristina Piaser e Paola Riva, con la supervisione di Emanuele Ranci Ortigosa. Costituisce la documentazione del progetto di ricerca "Indicazioni metodologiche per rilevare le soddisfazione degli utenti delle strutture sociali e socio-sanitarie sul territorio toscano" previsto dal Decreto dirigenziale n. 3476 del 23 luglio 2008.

La sperimentazione è stata possibile grazie alla stretta interazione con i dirigenti e funzionari della Direzione Area di Coordinamento Inclusione Sociale della Regione Toscana, in particolare Giovanna Faenzi, Stefania Comparini e Isabella Ponsiglione, alla collaborazione dei responsabili e referenti delle Zone e delle Società della Salute, nonché dei responsabili e operatori delle strutture residenziali coinvolte, e alla disponibilità degli ospiti anziani e dei loro familiari. A tutti loro indirizziamo il nostro sentito ringraziamento.

PREMESSA

Giovanna Faenzi
Area di Coordinamento Inclusione Sociale Regione Toscana

La qualità del lavoro in campo sociosanitario è un obiettivo irrinunciabile e un'opportunità di azione rilevante non solo per gli utenti dei servizi, i quali spesso appartengono a fasce deboli della popolazione, ma anche per gli operatori e i professionisti coinvolti nei percorsi e attivatori della rete assistenziale.

La Regione Toscana ha fatto propria questa tensione, declinandola accanto a parole chiave importanti come "diritti" ed "equità" e improntando le proprie politiche e interventi specifici, in questo caso rivolti alle persone non autosufficienti.

La pubblicazione curata dall'Area di Coordinamento Inclusione Sociale, con la consulenza metodologica dell'Istituto per la Ricerca Sociale, documenta il progetto sperimentale di ricerca che ha coinvolto un complesso di enti e organizzazioni gestori di servizi residenziali e diurni in tre territori pilota, a partire da novembre 2008.

Il progetto ha costituito un'occasione preziosa di riflessione nella logica della Carta dei Servizi di cui la Regione ha approvato con deliberazione G.R. n. 566 del 31 luglio 2006, lo schema di riferimento per il settore sociale. Rispetto della dignità delle persone all'interno di contesti di cura, cittadinanza sociale e inclusione, oltre ad essere diritti sapientemente anticipati nella nostra Carta Costituzionale, sono criteri guida che le unità d'offerta sono chiamate a contemplare nella propria missione e a declinare nell'operatività quotidiana. Sono altresì dimensioni richiamate dai giudizi degli utenti diretti e da familiari interpellati in questa occasione tramite strumenti e procedure definiti in modo partecipato.

L'analisi dei dati raccolti, i suggerimenti e le annotazioni che il rapporto di ricerca evidenzia, spingono da un lato a maturare una visione capace di far emergere la ricchezza e complessità dei servizi, e dall'altro tracce dei possibili cambiamenti dal punto di vista dei bisogni degli utenti. La pubblicazione testimonia la chiusura di un ciclo di azione e riflessione, ma rilancia a nuove aperture nella prospettiva del miglioramento continuo dell'offerta di servizi sul territorio, fornendo tra l'altro prova delle possibilità virtuose di collaborazione tra regolatori pubblici e gestori del terzo settore, quali basi per lo sviluppo di un welfare che di volta in volta sappia rivedere e "ricontrattare" la propria sostenibilità senza abdicare ad una qualità necessaria.

Con l'auspicio che le pratiche di ricerca valutativa possano consolidarsi e diffondersi, e i risultati siano condivisi con gli attori del territorio e i portatori di interesse, invito i lettori a trovare promettenti spunti per l'azione e a contribuire al dibattito.

1. INTRODUZIONE

Di fronte all'evoluzione di una domanda sociale e socio-sanitaria caratterizzata, più che in passato, da un'utenza alla ricerca di servizi qualitativamente appropriati e che rispondano in maniera integrata ad una pluralità di bisogni, la Regione Toscana ha inteso sviluppare un approfondimento di ricerca sulle metodologie per la rilevazione della soddisfazione dell'utenza, nell'ambito delle strutture sociali e socio-sanitarie presenti sul territorio. Tale scelta è orientata alla logica operativa della valutazione della qualità incorporata nel percorso dell'accreditamento, previsto dall'art 25 della L.R. 41/2005 e in corso di definizione. Lo sviluppo dell'azione regionale, supportato da una équipe di ricerca Irs, si è articolato in due fasi di lavoro sul campo dedicate a costruire degli strumenti applicabili su base locale, considerando prioritaria l'area della non-autosufficienza, e a sperimentare tali strumenti in alcuni territori "campione".

Il rapporto illustra la cornice di riferimento e il percorso di lavoro svolto, propone una guida metodologica utile per i territori e raccoglie, nel capitolo conclusivo e su supporto informatico, gli strumenti realizzati.

1.1 La valutazione della qualità

Trattare di *qualità* dei servizi e congiuntamente di *valutazione* è un obiettivo complesso perché ci troviamo a osservare fenomeni reali all'incontro fra due "mondi" disciplinari con origini diverse.

Il concetto di *qualità* si sviluppa nel contesto organizzativo del mondo della produzione e commercializzazione di beni che è caratterizzato da una cultura tecnica. La qualità è studiata da "ingegneri" votati alla ricerca della minimizzazione degli scarti di lavorazione e del costo produttivo della singola unità di prodotto, quale fattore da giocarsi in un mercato privatistico e competitivo.

La *valutazione* ha radici nella cultura delle scienze sociali e si sviluppa nel mondo dei programmi di intervento pubblico. Gli attori protagonisti interessati ad approfondire la conoscenza valutativa sono per lo più scienziati sociali alla ricerca del valore dell'azione pubblica[1]. Tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80 inizia a realizzarsi un incontro tra il mondo della qualità e il mondo della valutazione, sul terreno dei servizi e delle politiche pubbliche. Si affermano in questo periodo due importanti filoni: da una parte il paradigma della centralità del cliente rispetto al produttore e ai prodotti, dall'altra l'apertura ai metodi di ricerca qualitativa e quantitativa a cui si chiede un contributo per migliorare la capacità di intervento delle amministrazioni. Nel settore delle politiche educative, sanitarie e sociali, la *valutazione di qualità* si sviluppa ulteriormente negli anni '90 per il fatto che il sistema di

1 De Ambrogio U., Lo Schiavo L. (2004), Piccoli equivoci senza importanza, in "Prospettive sociali e sanitarie", 14-2004.

erogazione di queste politiche pubbliche avvia un lento ma progressivo processo di esternalizzazione che richiede, di conseguenza, dei sistemi di regolazione della rete di offerta dei servizi. Il sistema di regolazione non può prescindere dalla valutazione della qualità, considerata quale strumento di promozione di servizi adeguati ai bisogni di cui sono portatori i cittadini/utenti ma anche di selezione dei fornitori che l'ente pubblico può accreditare.

Valutare la qualità significa assumere il punto di vista dell'utente e rivedere analiticamente il complesso rapporto fra struttura, operatore, utente, cogliendone, ai vari livelli, gli elementi critici determinati dal processo di interazione sociale che possono a volte impedire all'utente di costruirsi come soggetto e di ricevere risposte adeguate e per lui significative[2].

In questa logica si iscrive l'implementazione di percorsi di ricerca sulla *customer satisfaction*, ovvero di rilevazione della soddisfazione del cittadino/utente/cliente, attraverso specifiche tecniche e strumenti - come i questionari, le interviste, i focus group - a cui questo lavoro si è ispirato. Le indagini sulla soddisfazione dell'utenza sono richiamate espressamente dalla normativa sulla *Carta dei servizi sociali* che la legge quadro 328/2000, e ormai diverse leggi regionali di recepimento, considerano quale strumento per promuovere percorsi di valutazione della qualità nei servizi sociali.

Esaminiamo in maniera più approfondita i concetti appena introdotti.

Qualità: un concetto da costruire

La *qualità* è un concetto multidimensionale. Il progetto per la Regione Toscana ha come focus la qualità percepita dagli utenti e dai loro familiari, quale uno degli aspetti che contribuiscono a costruire il concetto di qualità. La qualità percepita è rilevabile attraverso il livello di soddisfazione espresso dagli utenti/*clienti* del servizio stesso. A seconda di dove ci poniamo quali osservatori della qualità, possiamo distinguere due componenti dal punto di vista del fruitore del servizio alle quali corrispondono due componenti dal punto di vista del produttore.

La ***Qualità percepita*** è la componente della qualità che il cliente/utente ritiene di aver ricevuto, comparata alle sue aspettative (*qualità attesa*). In tal senso, la qualità percepita è la risultanza fra le percezioni relative al processo d'aiuto erogato e le attese da parte dell'utente e dei suoi familiari[3].

La ***Qualità attesa*** è la componente della qualità che il cliente/utente si aspetta di ricevere dall'organizzazione per soddisfare le sue esigenze, espresse tramite precisi requisiti/esigenze o implicitamente connesse al servizio.

La ***Qualità progettata*** è la qualità che l'organizzazione ha progettato e pensato di fornire, con l'ausilio delle proprie strutture, risorse e processi, interpretando le richieste espresse dal cliente/utente.

La ***Qualità erogata*** è il risultato della traduzione del progetto, alla fine del processo, in servizio erogato.

---

2 Ranci Agnoletto D. (1990), Successo e fallimento nei servizi sociosanitari. Dieci casi a confronto, Franco Angeli, Milano.

3 Pompei A. (1999), "Il cittadino nei percorsi di qualità", in Fazzi L., Messora E. (a cura di) "Modelli di welfare mix", ed. FrancoAngeli

La qualità percepita deriva, come abbiamo visto, dalla comparazione tra le aspettative e le prestazioni effettivamente ottenute e riflette, quindi, il grado di soddisfazione dell'utenza. Per fornire servizi di qualità in grado di soddisfare l'utente è necessario conoscere le sue aspettative, individuando e monitorando nel tempo le sue esigenze prevalenti, per rispondere ad esse in modo efficace e tempestivo.

La rilevazione della qualità percepita può essere intesa come[4]:

- raccolta ed analisi delle *opinioni dei soggetti* direttamente coinvolti nel processo di erogazione (utenti, responsabili, operatori);
- espressione e *misura di gradimento/insoddisfazione* sul servizio;
- *risposta coerente con la mission* dei servizi sociali;
- espressione di un *indicatore della qualità*;
- processo *partecipato*;
- contributo a migliorare l'*immagine* e la *credibilità* del servizio agli occhi dei cittadini, aumentandone la fiducia e il consenso.

Nella vasta gamma di misure di cui un'organizzazione dovrebbe disporre per pianificare, controllare e migliorare i propri risultati, quelle relative alla *voce* degli *stakeholders* – o parti interessate - rivestono una crescente importanza. Si dovrebbe così passare a una gestione orientata agli stakeholder che tenga conto del *valore* atteso e percepito da ciascuna categoria. Tra questi, i *clienti* occupano un posto prioritario. I destinatari dell'attività dell'organizzazione sono innanzitutto alla base dei processi operativi, orientati al soddisfacimento dei bisogni di cui sono essi stessi portatori. Le valutazioni dei clienti consentono al vertice dell'organizzazione di avviare opportuni miglioramenti operativi in base alle esigenze consolidate ed emergenti. Il secondo motivo di importanza del cliente, logicamente e strettamente legato al primo, consiste nel suo ruolo di arbitro finale relativamente all'attività dell'organizzazione, dato che è proprio con il destinatario che va verificata la bontà della produzione di prodotti/servizi, l'aderenza alle aspettative o il superamento delle stesse. E sempre dal cliente possono arrivare i migliori suggerimenti per migliorare o le idee per innovare.

Data l'importanza del cliente, la sua soddisfazione diventa un obiettivo fondamentale per l'organizzazione. È necessario tuttavia procedere con prudenza nell'impostare un'indagine e nell'interpretare i dati raccolti, considerando quanto documentato in letteratura e cioè che la soddisfazione è influenzata da fattori legati al contesto e al momento in cui la persona esprime il proprio giudizio soggettivo, oltre che alla natura delle aspettative, all'effettiva qualità erogata e all'esperienza maturata dalla persona interessata e dai soggetti a essa vicini. Progettare una ricerca di *customer satisfaction* significa presidiare i seguenti passi operativi:

- definire gli obiettivi e il campo di indagine (linee di servizio/aree, tipologia utenza, etc.);
- selezionare le tecniche di rilevazione (indagini qualitative/quantitative) e costruire gli strumenti;
- fissare la procedura (unità di analisi, universo di riferimento e numerosità dell'eventuale campione, condizioni di utilizzo degli strumenti, frequenza delle rilevazioni e tempistica, etc.);

---

4 De Ambrogio U. (2000), "La rilevazione della qualità percepita", in Ranci Ortigosa E. (a cura di) "La valutazione di qualità nei servizi sanitari", ed FrancoAngeli

- pianificare le attività concernenti la rilevazione, l'analisi dei dati e la socializzazione/ diffusione dei risultati.

Quando si parla di **customer satisfaction**[5]. **nei servizi alla persona**, bisogna porre attenzione a tre aspetti fondamentali:

- all'*utente* (fruitore e caregiver), agli operatori e responsabili del servizio: la valorizzazione dell'opinione e del punto di vista degli utenti ha anche il fine di ottenere la collaborazione degli stessi. Tale valutazione permette il superamento di una visione autoreferenziale dei servizi e la possibilità di conoscere la percezione sulle componenti agite durante la relazione di aiuto;
- alla *soddisfazione dei bisogni*: il giudizio degli utenti è basato su una molteplicità di aspetti circa la qualità del servizio fruito; oggetto di valutazione è il momento o periodo di tempo in cui viene erogato il servizio, inserito nella catena di eventi vissuti;
- alla *elaborazione delle percezioni*: rappresentazioni soggettive che, confrontate con le attese rispetto al bisogno, determinano il giudizio di valore in termini di soddisfazione.

Acquisire valutazioni basate sulla *soddisfazione dell'utente* vuol dire scegliere parametri di giudizio fortemente soggettivi, che risultano dalla comparazione tra due dimensioni – aspettative e percezioni - entrambe determinate dall'utente stesso.

Se si accetta l'idea che siano gli utenti a possedere i parametri per giudicare la qualità del servizio (almeno quella percepita), è logico che debbano essere proprio le loro percezioni e preferenze a costituire l'ambito di indagine privilegiato. Per questo motivo, la qualità di un determinato servizio va definita coinvolgendo non solo gli esperti e i tecnici con esperienze consolidate nella progettazione e gestione dei servizi alla persona, ma anche gli operatori e soprattutto gli utenti e le loro famiglie. La presenza degli utenti è necessaria anche per far loro acquisire consapevolezza rispetto alle finalità del servizio, ai contenuti professionali coinvolti, ai diversi modi di operare su problemi simili, nella prospettiva di recuperare parte dell'asimmetria informativa patita nei confronti degli addetti ai lavori.

In altre parole, la qualità percepita può essere correttamente misurata se la qualità del servizio è stata definita da tutti gli attori del sistema alla luce degli obiettivi operativi. Solo se correttamente impostata, la customer satisfaction può essere assunta come importante indicatore di efficacia e di risposta ai bisogni espressi.

Il discorso sulla qualità è collegato strettamente al miglioramento continuo della *performance* dei servizi. È infatti strategico investire in modo permanente su questo piano in quanto l'utente tende ad accrescere le proprie aspettative in funzione delle esperienze che fa (se queste sono positive). Un livello di qualità più alto, d'altra parte, può portare a un utilizzo più appropriato delle risorse e una corretta campagna informativa può far maturare corrette aspettative da parte dell'utenza.

La raccolta dei reclami, la somministrazione di questionari di soddisfazione, l'organizzazione di focus group di utenti e altri strumenti utilizzabili, rappresentano processi di valorizzazione delle persone utenti dei servizi sociali e sociosanitari. Attraverso tali prassi l'organizzazione fornisce all'utente un riconoscimento, lo considera infatti come un interlocutore qualificato e privilegiato al quale chiedere preziosi giudizi sui servizi di cui usufrui-

5 Tanese A., Negro G., Gramigna A. (2003), "La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche. Valutare la qualità percepita dai cittadini", I Manuali, Dipartimento della funzione pubblica e Presidenza del Consiglio dei Ministri.

sce. Alla base v'è una concezione dell'utente come soggetto adulto, consapevole e autorevole, che si oppone ad una concezione più tradizionale che lo vede come soggetto affetto da problemi cronici, come persona in una condizione dipendente e di passività.

L'utilizzo di queste metodologie assicura dei vantaggi anche per l'organizzazione. Attraverso l'analisi della qualità percepita le opinioni degli utenti possono venir utilizzate per migliorare i servizi. Il miglioramento organizzativo è pertanto affrontato attraverso una modalità trasparente, partecipata e finalizzata allo sviluppo continuo. Presupposto è un rapporto di fiducia fra organizzazione e utenti: l'organizzazione sa che l'utente è un suo valutatore autorevole e imprescindibile; l'utente sa di poter incidere, attraverso la sua opinione, sulla qualità dei servizi di cui usufruisce.

La rilevazione della qualità percepita, nei servizi rivolti al sociale, può essere pertanto definita come *la raccolta e l'analisi delle opinioni dei soggetti direttamente coinvolti nel processo di erogazione di un servizio (utenti, responsabili, operatori) che esprime e misura il loro gradimento o malcontento; essa rappresenta un indicatore della qualità del servizio non di per sé esauriente, ma imprescindibile in un corretto percorso di ricerca valutativa*.

Questa definizione:

- considera l'opinione degli attori come indicatore in sé, senza pretendere di indagare, discriminare il percorso individuale che porta alla formazione dell'opinione. È una sottolineatura importante, perché considera l'opinione dell'attore come un valore, autorevole e attendibile in quanto tale, qualsiasi sia il processo mentale tramite il quale si è formata;
- non limita la rilevazione ai soli utenti dei servizi, ma la estende a tutti gli attori significativi coinvolti nel processo di erogazione di un servizio, comprendendo pertanto anche i responsabili e gli operatori dei servizi. Tale lettura della qualità percepita è coerente con una visione della valutazione di qualità come processo partecipato, che tiene conto e pone a confronto le opinioni di diversi soggetti, tutti qualificati e autorevoli per esprimere giudizi sul servizio in esame[6].

Rispetto alle metodologie utilizzate per la rilevazione della qualità percepita, le più diffuse sono le seguenti:

- survey rivolta agli utenti dei servizi (o agli utenti potenziali);
- interviste in profondità e focus group;
- raccolta e trattamento di reclami e segnalazioni presentati dagli utenti;
- indagini basate su questionari di soddisfazione.

Valutazione di qualità

Abbiamo introdotto il concetto di valutazione di qualità, ma cosa significa *valutazione*? Delle molte definizioni presenti in letteratura ne presentiamo una selezione che si coniuga meglio, a nostro avviso, con le finalità del progetto della Regione Toscana.

6 La possibilità di lanciare delle indagini di job satisfaction non era contemplata nel progetto, ma sarà richiamata nel capitolo "Risultati e prospettive".

Valutazione è ….

- "analizzare se un'azione intrapresa per uno scopo corrispondente ad un interesse collettivo abbia ottenuto gli effetti desiderati o altri, ed esprimere un giudizio sullo scostamento che normalmente si verifica, per proporre eventuali modifiche che tengano conto delle potenzialità manifestatesi … Si valuta per sapere non solo se un'azione è stata conforme ad un programma esistente, ma anche se il programma è buono" (N. Stame)[7];
- "produzione di informazione - per dare giudizi - su attività pubbliche, con l'intento di migliorarle" (A. Martini)[8];
- "attività cognitiva rivolta a fornire un giudizio su di un'azione intenzionalmente svolta o che si intende svolgere, destinata a produrre effetti esterni, che si fonda su un'attività di ricerca delle scienze sociali e che segue procedure rigorose e codificabili" (M. Palumbo)[9],
- "processo che ricerca e valorizza gli aspetti contradditori e inattesi che mettono fortemente in crisi il modello dato e li considera tracce di un ordine diverso la cui rilevazione costituisce oggetto di specifiche attenzioni" (Setti Bassanini)[10];
- "in ultima istanza la valutazione ha lo scopo di assegnare un valore all'azione svolta e di riuscire a comunicarlo agli altri. Questa duplice anima di giudizio e di comunicazione determina la natura del processo valutativo, la complessità che deve essere affrontata" (Bertin, Porchia)[11];
- "la valutazione è principalmente (ma non esclusivamente) un'attività di ricerca sociale applicata, realizzata nell'ambito di un processo decisionale, in maniera integrata con le fasi di programmazione, progettazione e intervento, avente come scopo la riduzione della complessità decisionale, attraverso l'analisi degli effetti diretti e indiretti, attesi e non attesi, voluti e non voluti, dell'azione, compresi quelli non riconducibili ad aspetti materiali" (C. Bezzi)[12].

In sintesi, la valutazione è un'espressione di giudizio rispetto ad azioni di interesse collettivo, con l'intento di migliorare le azioni pubbliche; viene svolta attraverso attività di ricerca realizzate con metodi rigorosi e codificabili, valorizzando gli aspetti inattesi e contradditori; deve essere comunicata a terzi in modo esplicito e trasparente, all'interno di un processo nel quale valutazione e progettazione sono percorsi integrati.

Lavorare nei servizi sociali richiede di assumere un'*ottica progettuale e strategica* e, allo stesso tempo, di porsi in un atteggiamento di ricerca, di attenzione all'efficacia e ai risultati di ogni specifico intervento. La valutazione rappresenta per i decisori, una funzione strategica di conoscenza e apprendimento. È infatti un processo di apprendimento colletti-

---

7 Stame N. (1998), *L'esperienza della valutazione*, SEAM, Roma

8 Martini A. (1997), Valutazione dell'efficacia di interventi pubblici contro la povertà: questioni di metodo e studi di caso, Commissione di indagine sulla povertà e l'emarginazione, Roma

9 Palumbo M. (2001), Il processo di valutazione, FrancoAngeli, Milano

10 Setti Bassanini M.C. (1991),*Valutazione degli interventi di prevenzione*, in C. Costanzi, C. Lesmo (a cura di), *Adolescenti e prevenzione dell'Aids*, FrancoAngeli, Milano

11 Bertin G., Porchia S. (2000), La valutazione, in "Quaderni del Centro nazionale di documentazione ed analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza", 15, marzo

12 Bezzi C. (2001), Il disegno della ricerca valutativa, FrancoAngeli, Milano

vo quello nel quale si raccolgono dati e informazioni di ricerca, si analizzano, si esprimono giudizi, si identificano linee di cambiamento, si mettono a punto strategie migliorative e si documentano i risultati ottenuti.

Valutare significa garantire senso alle azioni intraprese, avviare processi di riflessione e consapevolezza. L'atto di individuare obiettivi precisi e predisporre strumenti di valutazione dei risultati coinvolge in un processo di crescita, preserva dai vissuti di impotenza e onnipotenza, permette di valorizzare i singoli piccoli passi, di riconoscerli come successi. In tal senso è una *costruzione di significato*.

La valutazione, inoltre, è una fase di un processo di progettazione. *Valutazione* e *progettazione* sono infatti percorsi complementari e integrati che permettono ad un'esperienza di uscire dall'urgenza, di guardare lontano, di chiarire meglio ciò che si sta facendo assumendo un atteggiamento di ricerca, di continua rimessa in discussione delle ipotesi di partenza senza cristallizzarsi nei propri pregiudizi e luoghi comuni. Lavorare in un'ottica progettuale efficace significa progettare, valutare e riprogettare sulla scorta delle valutazioni realizzate tenendo sotto osservazione gli esiti dei propri interventi e i processi che conducono a determinati esiti. Attraverso questa strada è possibile realizzare un miglioramento continuo degli interventi.

Detto in uno slogan, si può dire che se il controllo è un'azione sostanzialmente statica, finalizzata a verificare qualcosa stabilito a priori, **la valutazione è un processo dinamico, finalizzato a "costruire correggendo"**.

Negli ultimi anni si sta assistendo alla diffusione nell'ambito del lavoro sociale delle tematiche legate alla valutazione degli interventi. All'origine del crescente interesse per tali tematiche possono essere rintracciati due ordini di fattori: l'esigenza di conoscere e la necessità di rendere conto dell'azione svolta.

- L'esigenza crescente di ciascuno degli attori protagonisti del sistema socio-assistenziale di capire se l'attività svolta ottiene i risultati attesi o comunque produce cambiamenti ritenuti soddisfacenti dai destinatari delle prestazioni. Si è consolidata la convinzione che le attività valutative debbano rappresentare una componente stabile del processo culturale e professionale che impone a ogni attore di esplicitare il proprio concetto di qualità in riferimento all'attività che svolge e di predefinire i criteri e gli indicatori con cui verificare il suo grado di realizzazione nell'attività quotidiana.
- La necessità di rendere conto dell'azione svolta e del buon impiego delle risorse assegnate mette in luce la doppia anima delle attività valutative: da un lato come espressione di un'aspirazione da parte delle professioni sociali a irrobustire le proprie pratiche affrancandole dall'approssimazione e dalla genericità che a volte viene imputata alla loro base epistemologica e alla loro strumentazione tecnica; dall'altro come risposta a vincoli esterni.

Coerentemente con questa doppia natura, anche le finalità e i prodotti delle attività valutative si presentano diversificati: l'enfasi viene infatti posta sul processo di apprendimento per migliorare (*learning*) ovvero sulle finalità di rendicontazione (*accountability*). I due termini non si escludono a vicenda, ma al contrario si dovrebbero integrare in quanto l'apprendimento per promuovere cambiamento può avvenire anche grazie a una buona e trasparente rendicontazione.

1.2 Qualità percepita e soddisfazione degli utenti

La più diffusa metodologia di analisi della qualità percepita di un servizio si basa sulla rilevazione condotta attraverso il *questionario di soddisfazione*[13]. Tale metodologia, articolata con diversi gradi di complessità a seconda dell'oggetto di indagine e dell'approccio utilizzato, consente confronti diacronici (lavorando sugli scostamenti dei livelli di soddisfazione per le stesse prestazioni nel corso del tempo) e sincronici (confrontando servizi simili ovvero situazioni territoriali). È pertanto una soluzione tecnica rilevante per i responsabili della gestione dell'unità di offerta, ma anche per chi ha compiti di programmazione e *governance* a livello locale (il Comune, la Zona, l'Azienda sanitaria) e di indirizzo strategico del sistema di servizi (la Regione).

Attraverso un questionario ben impostato e correttamente somministrato è possibile individuare le aree di soddisfazione e insoddisfazione emergenti dalla voce dei fruitori di un dato servizio, coloro i quali hanno sperimentato il rapporto con gli operatori e i responsabili organizzativi e sono quindi titolati ad esprimere un giudizio sui frutti delle azioni messe in campo e sulle modalità di relazione. Al fine di sondare una valutazione complessiva e sui singoli aspetti che fanno del servizio, appunto, un "buon" servizio, un questionario riporta solitamente una serie di domande che sollecitano l'espressione di un giudizio percettivo che si è consapevoli dipenda da una molteplicità di fattori, molto potenti, fra i quali spiccano le attese maturate dagli utenti e dai familiari[14].

La soddisfazione è sempre il prodotto di un insieme diversificato di fattori che l'utente non è in grado di scomporre. Possiamo riflettere su un intervento assolutamente inefficace che rende comunque soddisfatto l'utente perché la relazione fra operatore e utente è stata positiva, basata sul rispetto della persona e sulla gentilezza. D'altra parte, non sempre l'efficacia dell'intervento si combina con la soddisfazione dell'utente. Basti pensare a determinate scelte fatte dall'operatore che incontrano le resistenze del destinatario dell'intervento creando la sua insoddisfazione, ma che si riconducono a una strategia irrinunciabile che dimostra nel tempo la propria efficacia. In questo caso, il legame che connette l'operatore all'utente ha carattere "terapeutico" e richiede l'interpretazione della domanda. Questo processo porta inevitabilmente a trovare soluzioni che possono contrastare con le speranze e le legittime attese dell'utente, creando quindi insoddisfazione.

Con i questionari di soddisfazione si coinvolge una fascia larga di utenza, dando occasione di esprimersi anche a coloro che presumibilmente non si rivolgerebbero ad un ufficio reclami o alla direzione per denunciare un disservizio subito. Il questionario di soddisfazione permette di raccogliere molte informazioni in un tempo relativamente breve, di effettuare comparazioni fra gruppi di popolazioni e di raccogliere impressioni, opinioni e atteggiamenti su questioni definite. Tra i vantaggi derivanti dall'uso di tale strumento vi sono la generalizzabilità dei risultati, la disponibilità di esempi documentati, ma soprattutto la non intrusività: il fatto che il questionario venga abitualmente compilato direttamente dall'utente o da un familiare, magari in forma anonima, senza la mediazione di un intervistatore, permette agli intervistati di esprimere liberamente e senza condizionamenti le proprie opinioni e i propri pareri.

---

13 De Ambrogio U., Setti Bassanini M.C. (1996), Tutela dei cittadini e qualità dei servizi, ed. FrancoAngeli, Milano.

14 Confronta il modello ServQual di Zeithaml Valarie A., Parasuraman A., Berry Leonard L. (2000), *Servire qualità,* McGraw-Hill.

L'utilizzo dei questionari di soddisfazione richiede, tuttavia, alcune **attenzioni di metodo** a partire dalla fase di *progettazione dello strumento*. La grande differenziazione dei servizi esistente nel nostro Paese, sia per tipo di utenza che per tipo di intervento, rende impossibile realizzare strumenti standardizzati e adatti a tutte le situazioni; ciò comporta la necessità di mettere a punto questionari diversificati, in grado di cogliere la peculiarità di ogni singolo servizio. In questo senso, la predisposizione di ogni questionario deve essere preceduta da una attenta analisi del tipo di servizio a cui si riferisce, per coglierne gli aspetti più significativi e le caratteristiche che si intendono valutare, e dalla individuazione dei differenti segmenti di cui si compone l'utenza, per poter selezionare le caratteristiche e le modalità più opportune per una significativa discesa sul "campo". Un'ulteriore attenzione deve essere dedicata alla formulazione delle domande, affinché il testo utilizzato sia facilmente comprensibile, alla modalità di risposta più opportuna, in modo che un'eventuale "scala" rispecchi la differenziazione delle percezioni[15].

Uno svantaggio derivante da questo tipo di strumenti è dato dalla strutturazione della raccolta delle informazioni, elemento che può schiacciare la ricchezza dei punti di vista degli utenti, ostacolando le analisi in profondità e limitando la possibilità di fare emergere aspetti inattesi o incongruenti.

Ulteriori attenzioni sono da richiamare per la fase di somministrazione, sulla quale avremo modo di ritornare nel secondo capitolo del rapporto, e dell'analisi dei dati raccolti, alla quale è dedicato uno specifico paragrafo nel capitolo terzo.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la letteratura sottolinea l'importanza del *timing*, ovvero della scelta del periodo oggetto di indagine. È evidente, infatti, la differenza dei risultati che potrà emergere a seconda del momento in cui viene somministrato il questionario nel caso in cui si presenti un evento di rottura nella routine operativa della struttura o del servizio. La scelta di distribuire il questionario al momento dell'accesso dell'utente a un servizio, durante la fase di erogazione del servizio, ovvero al momento delle "dimissioni" o di chiusura, produrrà inevitabili influenze sui giudizi espressi dall'utente. Collegata al tema del timing è la necessità di effettuare rilevazioni periodiche, scandite da intervalli di tempo precisi. Per sua natura, un sondaggio di opinione si limita a fotografare una situazione presente, non è in grado di rappresentare fedelmente e compiutamente una realtà costantemente in movimento quale quella vissuta da operatori e utenti del servizio. Una valutazione della soddisfazione degli utenti presume quindi un'analisi delle differenze di opinione che si presentano in periodi diversi: attraverso le variazioni che si realizzano nel tempo è possibile vedere su quali aspetti aumenta o diminuisce il gradimento.

Di fondamentale importanza, infine, è l'uso che si fa dei dati ricavati dai questionari. Se l'obiettivo è quello di migliorare la qualità dei servizi, allora le informazioni ottenute dovranno essere diffuse a tutti i livelli della struttura e impiegate come indicazioni di cui tenere conto a livello gestionale per la rimozione delle aree problematiche emerse.

---

15 Una scala con molti livelli di risposta possibili (es. da 1 a 10) rispecchia maggiormente la variabilità delle opinioni dei rispondenti rispetto ad una scala a due o tre livelli (del tipo d'accordo/non d'accordo). Le scale con un'alta differenziazione delle possibili risposte si fondano sulla misurazione dell'intensità dell'opinione del rispondente e sono quindi senza dubbio più adeguate a rilevare gli atteggiamenti verso specifici aspetti del servizio. D'altra parte, una pronunciata gradazione delle risposte (proposta ad esempio dai cosiddetti "termometri" con valori da 1 a 100) tende a produrre un appiattimento delle risposte in corrispondenza di determinati valori.

Il questionario di soddisfazione si presenta come uno strumento delicato che deve essere inserito in un più ampio sistema di valutazione e monitoraggio dei servizi. Può stimolare una serie di azioni e impegni di miglioramento, senza i quali rischia di trasformarsi da utile ed efficace veicolo di conoscenza dei servizi dal punto di vista dell'utente a scomodo strumento di risveglio del malcontento. Il rischio da scongiurare è che, aperto il canale di comunicazione con i destinatari del servizio offerto, i suggerimenti e le indicazioni rilevate rimangano "lettera morta" trasformando un'iniziativa meritoria in un pericoloso boomerang.

Per riassumere questa parte, proponiamo in tabella 1 le quattro fasi che compongono il ciclo dei questionari di soddisfazione[16] e i principali punti di attenzione relativi a ciascuna di esse. Sottolineiamo ancora una volta l'importanza della fase di restituzione in quanto essa costituisce un requisito indispensabile di utilità ed efficacia per lo stesso servizio o struttura promotrice dell'azione di ricerca.

Tabella 1.1 – Il ciclo dei questionari di soddisfazione

Fasi	Attenzioni
Costruzione	- progettazione dello strumento - semplicità delle domande - presentazione chiara di scopi e committenza
Somministrazione	- comodità di compilazione - garanzie di anonimato
Analisi	- analisi diacroniche e sincroniche - attenzione all'individuazione di sacche di insoddisfazione
Restituzione	- necessità di restituzione all'utenza e all'organizzazione - scelta dei canali per la restituzione (circolari, pubblicazioni, iniziative pubbliche, cartelloni, ecc…)

1.3 La normativa di riferimento

Oltre a ragioni teoriche, pratico-organizzative e di opportunità, le spinte verso la rilevazione della qualità percepita vengono anche dal piano normativo. Riportiamo di seguito i rimandi alle norme nazionali e della Regione Toscana.

16 De Ambrogio U. (2000), "La rilevazione della qualità percepita", in Ranci Ortigosa E. (a cura di) "La valutazione di qualità nei servizi sanitari", ed FrancoAngeli.

Normativa nazionale

- LEGGE QUADRO 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

- *art. 11 (Autorizzazione e accreditamento)*

1. I servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, sono autorizzati dai comuni. L'autorizzazione è rilasciata in conformità ai requisiti stabiliti dalla legge regionale, che recepisce e integra, in relazione alle esigenze locali, i requisiti minimi nazionali determinati ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera c), con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati e la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

2. I requisiti minimi nazionali trovano immediata applicazione per servizi e strutture di nuova istituzione; per i servizi e le strutture operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, i comuni provvedono a concedere autorizzazioni provvisorie, prevedendo l'adeguamento ai requisiti regionali e nazionali nel termine stabilito da ciascuna regione e in ogni caso non oltre il termine di cinque anni.

3. I comuni provvedono all'accreditamento, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, lettera c), e corrispondono ai soggetti accreditati tariffe per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale sulla base delle determinazioni di cui all'articolo 8, comma 3, lettera n).

4. Le regioni, nell'ambito degli indirizzi definiti dal Piano nazionale ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera e), disciplinano le modalità per il rilascio da parte dei comuni ai soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, delle autorizzazioni alla erogazione di servizi sperimentali e innovativi, per un periodo massimo di tre anni, in deroga ai requisiti di cui al comma 1. Le regioni, con il medesimo provvedimento di cui al comma 1, definiscono gli strumenti per la verifica dei risultati.

- *art. 13 (Carta dei servizi sociali)*

1. Al fine di tutelare le posizioni soggettive degli utenti, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con i Ministri interessati, è adottato lo schema generale di riferimento della carta dei servizi sociali. Entro sei mesi dalla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, ciascun ente erogatore di servizi adotta una carta dei servizi sociali ed è tenuto a darne adeguata pubblicità agli utenti.

2. Nella carta dei servizi sociali sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela degli utenti. Al fine di tutelare le posizioni soggettive e di rendere immediatamente esigibili i diritti soggettivi riconosciuti, la carta dei servizi sociali, ferma restando la tutela per via giurisdizionale, prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

3. L'adozione della carta dei servizi sociali da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi sociali costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento.

- LEGGE n. 150 del 7 GIUGNO 2000 "Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni"

art. 8 comma 2 punto d): *"[…] Le pubbliche amministrazioni, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvedono, nell'esercizio della propria potestà regolamentare, alla ridefinizione dei compiti e alla riorganizzazione degli uffici per la relazione con il pubblico secondo i seguenti criteri: […] attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti […]".*

- DIRETTIVA del Ministro della Funzione Pubblica sulla Rilevazione della qualità percepita dai cittadini, 24 marzo 2004 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale N. 80 del 5 Aprile 2004

paragrafo 2: *"In linea con la volontà del Governo di attuare un radicale processo di cambiamento e ammodernamento della pubblica amministra-*

zione, scopo di questa direttiva è di promuovere, diffondere e sviluppare l'introduzione nelle amministrazioni pubbliche di metodi di rilevazione sistematica della qualità percepita dai cittadini, basati sull'ascolto e sulla partecipazione, finalizzati a progettare sistemi di erogazione dei servizi tarati sui bisogni effettivi dei cittadini, utilizzando al meglio le risorse disponibili […]"; paragrafo 3 "Per il raggiungimento degli obiettivi di questa direttiva le amministrazioni pubbliche sono tenute ad assumere alcuni precisi impegni. Il primo impegno riguarda la progettazione e lo svolgimento di periodiche rilevazioni della qualità dei servizi pubblici percepita dai cittadini, approntando metodologie e strumenti adeguati […].

- DIRETTIVA del Ministro per le Riforme e le Innovazioni nella Pubblica Amministrazione, per una Pubblica Amministrazione di Qualità, 19 dicembre 2006 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 226 del 28 settembre 2007

paragrafo 3: *"Il miglioramento delle prestazioni delle amministrazioni pubbliche è al centro dell'azione di modernizzazione. La qualità delle prestazioni rese agli utenti dipende dalla capacità delle amministrazioni pubbliche di perseguire il miglioramento continuo […]. Nell'intraprendere tale percorso va tenuto presente il ruolo essenziale che può essere svolto dai destinatari dei servizi e dai portatori di interesse e l'importanza di rendere conto dei risultati e quindi anche dei miglioramenti ottenuti e dei successivi obiettivi di miglioramento perseguiti. Le varie forme di comunicazione con i portatori di interesse (bilancio sociale, processi decisionali inclusivi, autovalutazione partecipata, indagini di customer, gestione dei reclami) sono tutti strumenti utili a orientare i percorsi di miglioramento continuo nella giusta direzione ovvero a soddisfare in modo completo i bisogni dei destinatari delle politiche pubbliche. Le amministrazioni devono impegnarsi a: […] coinvolgere nelle azioni di miglioramento continuo i destinatari delle politiche e, più in generale, i portatori di interesse assicurando, in ogni caso, informazione adeguata sugli obiettivi di miglioramento e i risultati raggiunti".*

- LEGGE n. 244 del 24 dicembre 2007, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 300 del 28 dicembre 2007 - Supplemento ordinario n. 285

  art. 2 c. 461: *"previsione che sia periodicamente verificata, con la partecipazione delle associazioni dei consumatori, l'adeguatezza dei parametri quantitativi e qualitativi del servizio erogato fissati nel contratto di servizio alle esigenze dell'utenza cui il servizio stesso si rivolge, ferma restando la possibilità per ogni singolo cittadino di presentare osservazioni e proposte in merito"*

- DECRETO LEGISLATIVO 27 ottobre 2009, n. 150, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 31 ottobre 2009, n. 254 - Supplemento Ordinario n. 197

art. 3 "*Principi generali" c. 4 " Le amministrazioni pubbliche adottano metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi…".*

art. 8 "*Ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa" c. 1. "Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerne:*

a) l'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;…

c) la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive; …

e) lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;…

g) la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;

art. 28 "*Qualità dei servizi pubblici" c.* 1. *"Il comma 2 dell'articolo 11 del decreto legislativo 30*

luglio 1999, n. 286, e' sostituito dal seguente: «2. Le modalità di definizione, adozione e pubblicizzazione degli standard di qualità, i casi e le modalità di adozione delle carte dei servizi, i criteri di misurazione della qualità dei servizi, le condizioni di tutela degli utenti, nonche' i casi e le modalità di indennizzo automatico e forfettario all'utenza per mancato rispetto degli standard di qualità sono stabilite con direttive, aggiornabili annualmente, del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità nelle amministrazioni pubbliche. Per quanto riguarda i servizi erogati direttamente o indirettamente dalle regioni e dagli enti locali, si provvede con atti di indirizzo e coordinamento adottati d'intesa con la Conferenza unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, su proposta della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità nelle amministrazioni pubbliche.»".

Normativa della Regione Toscana

- LEGGE REGIONALE 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"

- *art. 9 – Carta dei servizi sociali*
- *comma 1 "I soggetti pubblici e privati, che erogano prestazioni sociali e socio-sanitarie adottano la carta dei servizi sociali, al fine di tutelare gli utenti e garantire la trasparenza nell'erogazione dei servizi";*
- *comma 2, lettera e) "modalità e procedure per la presentazione di reclami da parte degli utenti nei confronti dei responsabili dei servizi";*
- *art. 14 – La Regione*
- *comma 2 lettera e) "promozione della realizzazione dei progetti sperimentali di interesse regionale, con caratteristiche di sperimentazione innovativa";*
- *art. 15 – Le famiglie*
- *comma 2 "le persone e le famiglie sono direttamente coinvolte nell'ambito dell'organizzazione dei servizi e degli interventi, al fine di migliorarne la qualità e l'efficienza";*
- *art. 62 – Regolamento*

comma 1 "Con regolamento regionale […] sono definiti: a) relativamente alle tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali soggette ad autorizzazione, ivi comprese quelle che erogano prestazioni inerenti alle aree di integrazione socio-sanitaria: 1) i requisiti minimi strutturali e organizzativi; 2) le figure professionali di profilo sociale preposte alla direzione delle strutture; 3) i requisiti professionali per il personale addetto […]; b) relativamente alle strutture soggette all'obbligo di comunicazione di avvio di attività: 1) i requisiti organizzativi e di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni; 2) i requisiti organizzativi specifici; 3) le modalità di integrazione delle persone ospitate nelle strutture e nella rete dei servizi sociali e sanitari; […].

- DELIBERA N .566 del 31 luglio 2006, LR 41/2005 - Approvazione dello Schema Regionale di Carta dei Servizi nel sistema toscano dei servizi e degli interventi sociali

Allegato A "indicazioni di contenuto"
capitolo 2 lettera f*: Il piano di aggiornamento della Carta dei Servizi - I contenuti di cui alle lettere a) "Caratteristiche delle prestazioni, modalità di accesso, orari e tempi di erogazione"; d) "Procedure per la presa in carico e le diffusione delle informazioni"; e) "Modalità e procedure amministrative per la presentazione di reclami da parte degli utenti nei confronti dei responsabili dei servizi" sono considerati ai fini della stesura del "piano di aggiornamento", parte integrante della Carta, su cui si basano le attività di monitoraggio, valutazione e aggiornamento delle carte … In particolare, per ognuna delle voci devono essere precisati: indicatori di qualità del servizio; standard qualitativi e quantitativi applicati; obiettivi misurabili di miglioramento che l'organizzazione intende perseguire; strumenti e tempi di verifica."*
capitolo 3 lettera c: *[…] vanno inoltre inseriti nella carta le forme di coinvolgimento dei familiari dell'utente nella progettazione e valutazione degli interventi, le modalità per esplicitare e rispettare le opzioni di scelta personale manifestate dall'utente.*

Allegato B "indicazioni di processo e di contenuto accessorio":
capitolo 1 – L'adozione della Carta dei servizi
"IL PROCESSO DI COSTRUZIONE […] Il procedi-

mento di costruzione deve essere caratterizzato dal coinvolgimento sistematico del personale del servizio e dell'utenza nelle fasi di definizione dei contenuti e di approvazione della Carta. La partecipazione degli attori professionali e dell'utenza è di fondamentale importanza per perseguire buoni risultati non solo nella redazione, ma anche nell'applicazione, nell'attuazione delle misure di implementazione qualitativa e nella valutazione delle Carte.

- LEGGE REGIONALE 28 dicembre 2009, n. 82 "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato", pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana del 31/12/2009

Capo I "Disposizioni generali", Art. 1 "Oggetto e finalità": *La presente legge, ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), disciplina l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona, compresi quelli che operano nelle aree dell'dell'integrazione socio sanitaria, al fine di promuovere la qualità del sistema integrato dei servizi e delle prestazioni e l'adeguatezza alla soddisfazione dei bisogni, nonché favorire la pluralità dell'offerta dei servizi.*

- REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82, Decreto del Presidente della Giunta Regionale 3 marzo 2010, n. 29/R, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana del 10 marzo 2010

Ai sensi dell'articolo 11 della l.r. 82/2009, il regolamento attuativo disciplina:

a) i requisiti generali e specifici per l'accreditamento, distinti per tipologia di servizio;

b) le modalità per la concessione, gestione ed erogazione dei titoli di acquisto;

c) gli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;

d) le modalità attuative dei processi informativi.

I requisiti che costituiscono gli allegati A del regolamento, in particolare, riguardano la gestione dei servizi residenziali in relazione al sistema organizzativo, gli aspetti tecnico-professionali e le modalità di rilevazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori allo scopo di garantire la qualità dei servizi e l'adeguatezza alla soddisfazione dei bisogni:

- A.G.03.02.01 È definita una procedura e vengono condotte indagini periodiche di soddisfazione degli utenti:

- A.G.03.02.02 È definita una procedura e vengono condotte indagini periodiche di soddisfazione dei soggetti terzi compresi i familiari;

- A.G.03.02.03 C'è evidenza documentale della diffusione dei risultati delle indagini di soddisfazione;

- A.G. 03. 02.04 I dati delle indagini vengono analizzati al fine di tradurli in azioni correttive e di miglioramento dei servizi offerti.

1.4 Le buone prassi

Nelle prime fasi del lavoro abbiamo ricercato attivamente delle esperienze di rilevazione della qualità percepita che prevedessero un ruolo di coordinamento o supporto metodologico, a livello regionale o di ambito territoriale, con l'intento di comporre un repertorio commentato di buone prassi. Azioni di questo tipo sono presenti nello scenario nazionale, ma su componenti di offerta della rete dei servizi diverse dalla residenzialità per le persone anziane. Ricordiamo, ad esempio, le esperienze focalizzate sulla rete degli Uffici di Relazione con il pubblico[17], quelle sulle performance delle Aziende sanitarie[18] ovvero quelle sul servizio di assistenza domiciliare[19] e sulle strutture per la prima infanzia[20],

Per quanto riguarda i servizi residenziali e semi-residenziali per anziani, ritroviamo solitamente delle rilevazioni prodotte in autonomia dalla singola unità di offerta, condivise in qualche caso a livello di Ambito territoriale o di ASL, ove esista un regolamento comune di accesso ai servizi, una procedura di accreditamento dei servizi oppure l'esercizio di un ruolo di controllo svolto dall'ente regolatore[21].

Il territorio toscano non fa eccezione su questo piano e pertanto sono stati coinvolti gli Osservatori sociali provinciali nel tentativo di raccogliere gli strumenti in uso, in particolare nei territori campione. Il risultato di ricerca è stato deludente, sebbene si fosse a conoscenza di indagini svolte da singoli enti gestori. Ciò denota la mancanza di un monitoraggio di queste azioni che costituiscono una componente importante dell'attenzione all'utente e giustificano un intervento promozionale da parte della Regione o comunque dell'ente garante della qualità offerta dal sistema pubblico dei servizi, capace di far decollare indagini di soddisfazione ove non se ne fossero mai fatte, di contribuire a migliorare alcuni degli aspetti tecnici delle iniziative implementate, di garantire un ritorno informativo agli operatori e al mondo dell'utenza.

---

17 Confronta il progetto URPdegliURP in Regione Emilia-Romagna e l'articolo "Le politiche dell'ascolto e la valutazione di soddisfazione degli utenti", http://www.urp.it/Sezione.jsp?titolo=Le%20politiche%20dell%27ascolto%20e%20la%20valutazione%20di%20soddisfazione%20degli%20utenti&idSezione=1055&idSezioneRif=1032#INDICE

18 Vedi le indagini sulla medicina territoriale e sul servizio di pronto soccorso curate dal Laboratorio Management e Sanità per la Regione Toscana, http://www.meslab.sssup.it/_sito/index.php?page=report-2007 .

19 Confronta le disposizioni metodologiche previste dalla Regione Lombardia per l'attivazione del voucher per l'acquisto di prestazioni domiciliari socio-sanitarie integrate, http://www.famiglia.regione.lombardia.it/bss/12902.asp.

20 Confronta ad esempio le indicazioni del Piano Regionale Socio-Assistenziale della Regione Basilicata 2000-2002 e il flusso informativo sulle performance degli asili nido.

21 Facciamo riferimento a prassi di alcune Aziende sanitarie che, in occasione di visite ispettive, valutano e argomentano le modalità di rilevazione della qualità messe in campo dalle strutture.

2. IL PERCORSO DI LAVORO

2.1 Obiettivi e fasi operative del progetto

L'attenzione alla qualità dal punto di vista dell'utente e dei familiari costituisce la cornice di questo lavoro. L'azione regionale supportata da una équipe di ricerca Irs si è articolata in due fasi di lavoro sul campo dedicate a costruire degli strumenti applicabili su base locale, in particolare per le strutture che accolgono persone anziane non-autosufficienti, e a sperimentare tali strumenti in alcuni "territori campione".

L'équipe Irs ha accompagnato i referenti coinvolti nel progetto nel definire le dimensioni di qualità e la bozza degli strumenti, a progettare e realizzare una rilevazione sul campo, a evidenziare punti di attenzione per lo sviluppo dell'iniziativa regionale, costruendo nel contempo un applicativo utile a semplificare l'attività di registrazione dei dati e condividendo con operatori e responsabili una prima analisi dei dati raccolti.

Nella prima fase di lavoro, è stato costituito un *Gruppo di Progetto*, formato dai referenti regionali e dai rappresentanti dei territori, con il quale è stato definito un preciso piano di lavoro. Il Gruppo è stato sollecitato a individuare le dimensioni di qualità (cosa fa di un servizio un "buon" servizio) e i relativi indicatori per la singola tipologia di struttura, cercando di evidenziare gli elementi di qualità condivisi discutendo, tra l'altro, una selezione di esperienze di rilevazione della soddisfazione[22].

Il Gruppo ha inoltre scelto gli strumenti di indagine e definito l'organizzazione dei focus group con utenti, operatori e decisori. Durante tali momenti di dialogo sono state condivisi con utenti (dove possibile), familiari e decisori le dimensioni di qualità, i criteri e gli indicatori, ma anche testate le bozze degli strumenti di rilevazione.

L'équipe Irs ha poi predisposto gli strumenti definitivi, personalizzandoli con i loghi relativi ai territori e alle strutture campione. In accordo con il Gruppo di Progetto, i referenti territoriali e i referenti delle strutture è stata definita la procedura di rilevazione che prevedeva la stesura di una lettera di presentazione da allegare ai questionari indirizzati ai familiari degli utenti. La lettera ha avuto lo scopo di precisare i promotori dell'iniziativa, vale a dire gli enti regolatori garanti della qualità del servizio offerto alla popolazione anziana, gli obiettivi del sondaggio, la collaborazione con la Regione Toscana, le modalità di rilevazione, i tempi e i modi in cui l'ente si impegna a restituire i risultati dell'indagine, i contatti per eventuali domande di chiarimento

L'équipe Irs ha inoltre predisposto delle note per gli intervistatori per la conduzione dell'intervista, sottolineando alcuni punti di attenzione da tenere in considerazione nella fase di preparazione e durante la conduzione, e realizzato un applicativo di input dati (basato sul programma *open source* scaricabile da internet *EpiData*) fornendo agli operatori incaricati un manuale d'uso. L'elaborazione e una prima analisi dei dati raccolti è stata infine ottenuta utilizzando un diffuso software proprietario (SPSS v.12)

---

22 Abbiamo tratto alcuni spunti metodologici offerti dal modello SERVQUAL. Per una prima descrizione confronta http://it.wikipedia.org/wiki/Soddisfazione_del_cliente .

2.2 La progettazione partecipata

Nel momento in cui si intende intraprendere la strada della qualità e quindi anche della rilevazione della soddisfazione dell'utenza, occorre tener presenti alcuni elementi fondamentali:[23]

- in primo luogo occorre una scelta consapevole da parte dei vertici organizzativi;
- in secondo luogo occorre dare continuità a questa scelta: risulterà infatti assolutamente squalificante verso i cittadini e demotivante verso i propri collaboratori fare una ricerca sulla soddisfazione degli utenti in modo del tutto estemporaneo;
- in terzo luogo, questa scelta presuppone la costruzione di un percorso più complesso e completo, volto a coinvolgere i dipendenti nella valutazione delle criticità emerse dalle ricerche al fine di individuare le azioni di miglioramento necessarie a superare il divario tra le attese degli utenti e la loro percezione;
- è inoltre essenziale progettare un sistema di rapporti costanti con il proprio personale, tesi in primo luogo a sviluppare motivazione, scambi di pareri e informazioni tra i vari livelli organizzativi. Ciò potrà tradursi in una maggiore disponibilità del personale a orientare e finalizzare i propri comportamenti verso i valori e gli obiettivi del servizio, quindi verso le esigenze dell'utenza, avviando un vero e proprio circolo virtuoso della qualità.

La preparazione di condizioni idonee affinché l'approccio della *customer satisfaction* produca il risultato di un reale miglioramento dei servizi passa per un processo di cambiamento culturale e comportamentale che non può essere imposto dall'alto. Solo la condivisione dei valori, la partecipazione, il coinvolgimento del personale, degli utenti e dei familiari consentono la creazione di queste condizioni.

Per queste ragioni il progetto "Indicazioni metodologiche per rilevare la soddisfazione degli utenti delle strutture sociali e socio-sanitarie sul territorio toscano" è stato condotto perseguendo un approccio partecipato del quale l'Irs si è fatto promotore in diversi ambiti di policy (ad esempio in campo urbanistico, delle politiche pubbliche, dei servizi sociali e sociosanitari). La progettazione partecipata richiede l'identificazione di una funzione di regia e di specifiche competenze per praticarla. La progettazione partecipata rappresenta un approccio fondamentale, a partire dalla definizione dei contenuti, per costruire senso e consenso attorno al progetto, affinché le scelte effettuate possano essere efficaci e realizzarsi senza incontrare eccessive resistenze e opposizioni. Si tratta di promuovere uno stile di intervento capace di coinvolgere attivamente un vasto numero di soggetti che, integrandosi reciprocamente, possono fornire una maggiore ricchezza e qualità alla progettazione.

Nella definizione delle dimensioni di qualità del servizio e dei corrispondenti indicatori e nella costruzione dei questionari di soddisfazione rivolti agli utenti e ai loro familiari, l'équipe di ricercatori IRS ha coinvolto una molteplicità di attori:

- i referenti della Regione Toscana – Settore Governo Socio-sanitario, quale ente titolare della funzione di programmazione regionale a livello sociale, socio-sanitario e sanitario;
- i referenti territoriali (Società della Salute, Zone, Aziende Usl), quali enti pubblici responsabili della qualità erogata dalla rete dei servizi di rilevanza pubblica;
- i responsabili e gli operatori delle strutture scelte per la sperimentazione;
- gli utenti (ove possibile) e i loro familiari, quali destinatari diretti dei servizi.

---

23 Tanese A., Negro G., Gramigna A. (2003), "La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche. Valutare la qualità percepita dai cittadini", I Manuali, Dipartimento della funzione pubblica e Presidenza del Consiglio dei Ministri.

2.3 La sperimentazione in Regione Toscana

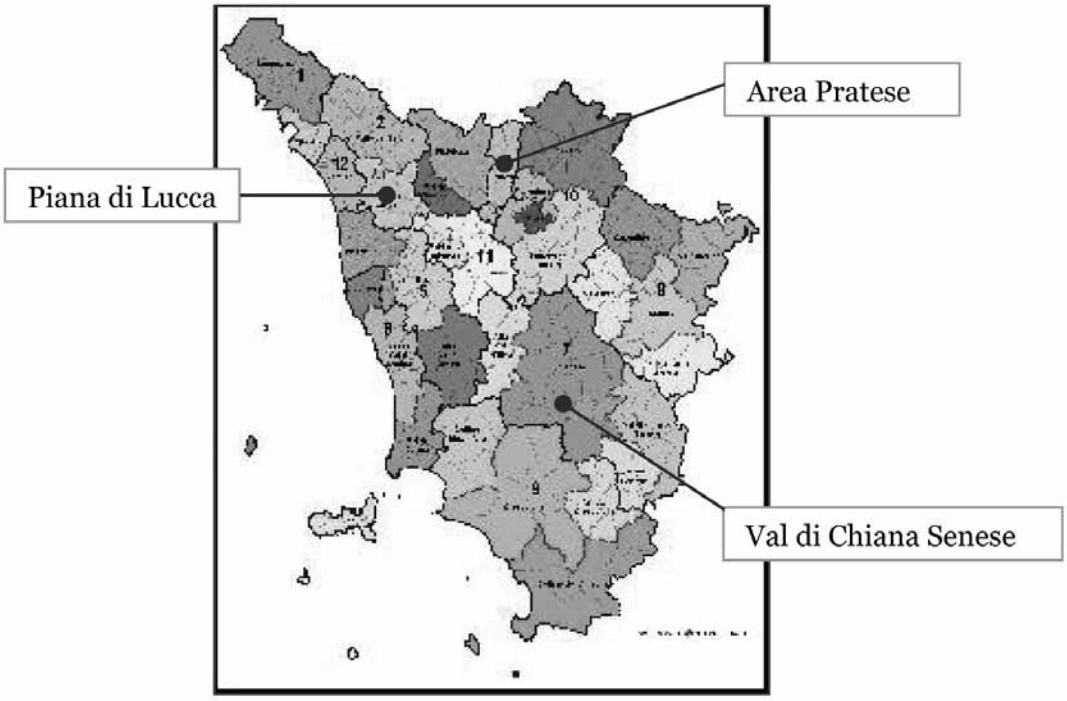
Il progetto, come anticipato nell'introduzione, si è articolato in una sperimentazione sul campo che ha coinvolto tre tipologie di struttura e tre territori. Il piano di lavoro ha portato alla scelta, dettata dalle priorità regionali, di restringere il focus di ricerca alle unità di offerta rivolte alla popolazione anziana e, in particolare, a **tre tipologie di struttura**:

- Strutture residenziali per persone anziane non-autosufficienti - modulo base;
- Strutture residenziali per persone anziane non-autosufficienti - modulo alzheimer;
- Strutture semi-residenziali per persone anziane[24].

Su tali tipologie di struttura l'équipe Irs ha curato un'attività di ricognizione volta a raccogliere le esperienze locali di indagini sulla soddisfazione dell'utenza, in collaborazione con l'Osservatorio Regionale e gli Osservatori Provinciali per le Politiche sociali, ma anche in altri contesti regionali.

I territori ai quali è stato proposto il percorso di sperimentazione sono stati individuati in accordo con la Direzione del Settore Governo Socio-sanitario, prestando attenzione a coprire una rappresentanza delle cosiddette Aree Vaste. È stato poi costituito un Gruppo di progetto allargato al quale sono stati invitati a partecipare i referenti sociali di tre territori toscani e cioè della Zona Piana di Lucca, della Società della Salute dell'Area Pratese, della Zona Val di Chiana Senese - Azienda USL 7 di Siena.

Figura 2.1 – I territori campione



24 Le denominazioni sono del Nomenclatore regionale delle strutture, dei servizi e degli interventi sociali.

In tali contesti territoriali è presente una rete di servizi rivolti agli anziani non-autosufficienti e in particolare di strutture residenziali con differenti capacità di offerta (tab. 2.1).

Tabella 2.1 – Unità di offerta per le persone anziane non autosufficienti nei territori campione

Zona	Pop. anziana >=65 anni	Numero di strutture per anziani	Posti resid. autorizzati per persone non autosufficienti	*di cui temp.*	Posti diurni aggregati per persone non autosufficienti
Piana di Lucca	36.134	5	222	-	17
Area Pratese	49.076	18	619	*22*	104
Val di Chiana Senese	16.524	7	202	*5*	-

Fonte: Regione Toscana, dati al 31 dicembre 2007[25]

La capacità di offerta e di risposta alla domanda assistenziale, comprendendo i dati sulle liste di attesa, sono fondamentali per la costruzione di un'indagine di soddisfazione, ma soprattutto per la lettura delle informazioni rilevate. Su questo piano è atteso il contributo del Sistema informativo sociale e in primis del flusso relativo al Fondo regionale per la non-autosufficienza.

Il percorso di lavoro è stato suddiviso in due fasi dedicate rispettivamente alla costruzione degli strumenti (questionari di soddisfazione rivolti a ospiti/utenti e/o familiari) e alla loro sperimentazione.

a. Nella fase di costruzione degli strumenti ogni territorio ha scelto una tipologia di struttura per la quale sono stati organizzati dei focus group: il primo con ospiti/familiari ed esponenti dell'utenza, il secondo con gli operatori, il terzo con dirigenti e amministratori pubblici. I momenti di incontro con i testimoni privilegiati sono stati funzionali a definire la bozza di strumenti, a progettare la rilevazione e a evidenziare punti di attenzione per lo sviluppo dell'iniziativa regionale. Tali incontri si sono svolti in due giornate in ognuno dei territori e in particolare presso le strutture campione: una RSA- modulo alzheimer nella Zona Piana di Lucca, un Centro Diurno Anziani nell'Area Pratese, una RSA – modulo base nell'Area Val Di Chiana Senese.
b. Nella fase di sperimentazione, lanciata tra i mesi di febbraio e aprile 2009, ogni territorio ha avuto la possibilità di utilizzare tutti gli strumenti predisposti.

25 Regione Toscana, statistiche sociali, http://www.regione.toscana.it/banchedati/index.html#sociale .

Gli enti che hanno assicurato una fattiva collaborazione nella fase di sperimentazione sono diversi e comprendono enti garanti della qualità dei servizi offerti alla cittadinanza ed enti gestori dei servizi prescelti:

Ufficio Unico di Piano della Zona Piana di Lucca
Amministrazione comunale di Lucca
Centro Anziani di Monte San Quirico[26]

Società della Salute dell'Area Pratese
Azienda USL n. 4 di Prato
RSA e Centro Diurno Villa Amelia di Prato[27]

Azienda USL n. 7 di Siena
Amministrazione comunale di Montepulciano
Pia Arciconfraternita di Misericordia di Montepulciano
RSA Cocconi-Bernabei di Montepulciano[28]**.**

Gli operatori che hanno partecipato attivamente al percorso di ricerca e sperimentazione sono riportati nel seguente elenco.

Tabella 2.2 – Il gruppo di progetto con i referenti delle strutture

Nominativo	Appartenenza
Giovanna Faenzi, Stefania Comparini, Isabella Ponsiglione	Regione Toscana, Settore Governo Socio-Sanitario
Enrica Del Bianco	Ufficio Unico di Piano della Zona Piana di Lucca
Maria Teresa Del Soldato	Direttore del Centro Anziani di Monte San Quirico
Anna Calvani,	Direttore sociale Azienda USL 4
Marco Rapini	Società della Salute dell'Area Pratese
Niccolò Sburgi	Direttore RSA e Centro Diurno Villa Amelia
Daniele Scorza	Coordinatore del Centro Diurno Villa Amelia
Stefania Baccheschi	Direttore sociale Azienda USL 7
Monica Urbano	Coordinatore sociale della Zona Valdelsa
Margherita Brigidi	Direttore RSA Cocconi-Bernabei
Claudio Castegnaro, Paola Riva	Irs

Le attività di ricerca hanno seguito un percorso metodologico che, a partire dalla puntualizzazione delle finalità dell'indagine, ha toccato delle tappe che documentiamo nei successivi paragrafi.

---

26 http://www.comune.lucca.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/377.
27 http://www.assistenzanziani.it/finmark_portale/contenuti/pdf_art/RSA_VAmelia_20060203.pdf.
28 http://www.misericordiamontepulciano.it/casariposo.htm.

Figura 2.2 – Il disegno dell'indagine

2.4 Il confronto con i portatori di interesse

Il progetto è stato condotto attraverso un approccio partecipato, ovvero attraverso il coinvolgimento dei portatori di interesse.

Il Gruppo di Progetto ha svolto il compito di guidare l'intero percorso: ha impostato il piano di lavoro, approfondito il tema della "misurazione" (declinando in particolare le dimensioni e gli indicatori di qualità per singola tipologia di struttura) nel tentativo di evidenziare un quadro di valutazione condiviso, definito infine gli strumenti e le procedure di rilevazione.

Sono stati organizzati alcuni focus group per ogni "struttura campione" richiedendo la collaborazione delle seguenti categorie di attori:

a) **utenti** - ospiti (ove possibile), familiari, referenti di associazioni
b) **operatori** – OSA-OSS-OTA, personale della cucina, infermieri, terapisti e rappresentanti delle sigle sindacali, educatori, assistenti
c) **decisori**: responsabile della struttura, referenti per la programmazione e la gestione della zona-distretto (es. direttore sociale o referente ASL, direttore/referente della Società della Salute o referente dell'Ufficio di Piano).

Riportiamo brevemente i punti guida utilizzati dall'équipe di ricerca nel dialogo con gli attori.

Focus group con gli operatori

Nei focus group con gli operatori sono stati affrontati sostanzialmente due questioni:

- l'approfondimento sugli ***elementi di qualità*** condivisi da tutti i partecipanti, a partire dall' elenco di possibili dimensioni, criteri, indicatori individuati precedentemente dal Gruppo di Progetto

- la condivisione delle bozze dei ***questionari per familiari e utenti*** preparate dall'équipe IRS. Rispetto al coinvolgimento degli ospiti, data la generale e diffusa gravità della loro condizione cognitiva, il confronto con gli operatori ha portato a prevedere delle **interviste,** somministrate dagli operatori stessi o da persone conosciute (es. volontari) per dare maggiore sicurezza e tranquillità agli utenti.

Focus group con i familiari e gli utenti

Durante i focus group è stato chiesto ai familiari intervenuti di indicare quali fossero gli elementi che fanno definire un servizio "di buona qualità", naturalmente dal punto di vista degli utenti e delle famiglie. Attraverso l'attribuzione di un peso (punteggio da 1 a 5), è stata evidenziata una graduatoria in termini di importanza.

Per quanto riguarda gli strumenti predisposti con la collaborazione dei referenti regionali, è stato effettuato un breve test del questionario chiedendo ai familiari se ci fossero delle parti non sufficientemente chiare ovvero mancassero alcuni aspetti giudicati rilevanti.

Data le limitate capacità cognitive della quasi totalità degli ospiti delle RSA di Lucca e Siena, ai focus hanno partecipato solo i familiari; nel caso del CDA di Prato hanno partecipato attivamente anche alcuni utenti.

Focus group con i decisori

I contenuti dei focus group con i decisori sono stati i seguenti:

- la ricostruzione del contesto istituzionale e le caratteristiche della struttura, in termini di composizione dell'utenza, turn-over degli ospiti, disponibilità e organizzazione degli spazi, forma di gestione, importo rette, servizi trasporto, ecc.;
- la presenza nelle tre strutture di eventuali esperienze sul tema "qualità" ed eventuali rilevazioni locali;
- la condivisione delle bozze degli strumenti di rilevazione predisposti dall'IRS e la verifica della presenza di una Carta dei Servizi della struttura;
- la condivisione della procedura di rilevazione con attenzione alle modalità di restituzione nei confronti degli utenti e dei loro familiari e dei punti di attenzione per sviluppare l'iniziativa su base regionale.

I decisori hanno mostrato il loro interesse a una collaborazione con il livello regionale, considerando in modo particolare l'utilità di avere confronti tra esperienze e condividere buone prassi su base locale, non solo sulla rilevazione della qualità percepita: si è fatto cenno, ad esempio, a modalità di intervento (es. progetti assistenziali su determinate tipologie di utenti) e alle forme di gestione dei servizi, a rubriche di contatti di professionisti e referenti della rete dei servizi, ad esempi di strumenti professionali utilizzati in altre strutture, ad aspetti metodologici, alle opportunità formative. Il suggerimento emerso è che lo scambio di dati e informazioni possa avvenire attraverso delle pagine web interattive.

Dal punto di vista della procedura, per avere il maggior numero di questionari raccolti si è convenuto di accompagnare l'invito a compilare lo strumento di rilevazione con una comunicazione dei responsabili della struttura, verificando la possibilità di predisporre una lettera congiunta con i referenti delle istituzioni promotrici o di garanzia (es. Azienda USL, Comune, Zone o Società della Salute). La traccia di lettera è riportata nel capitolo quarto.

Ai focus locali ha sempre partecipato un funzionario della Regione Toscana. Questo ha consentito di evidenziare l'importanza attribuita al progetto da parte dell'ente promotore

e ha prodotto degli scambi relazionali, sia con gli operatori sia con i familiari, particolarmente arricchenti. Ad esempio, si sono toccati temi rilevanti per il rapporto tra la rete dei servizi e la cittadinanza come l'istituzione dei Punti Insieme rivolti alle persone non-autosufficienti e la diffusione di strumenti informativi e di tutela quali le Carte dei Servizi.

2.5 La fase di rilevazione

La fase strettamente dedicata alla rilevazione si è sviluppata nell'arco di circa 4 settimane nei mesi di marzo e aprile 2009. Gli adempimenti organizzativi hanno comportato un impegno pienamente sostenibile da parte dei referenti del territorio e delle strutture.

L'ostacolo maggiore, da segnalare almeno in un territorio, si è rivelato nei passaggi comunicativi inter e infra istituzionali (ad esempio per trasmettere dalla Regione alla Zona/Società della Salute competente, e da questa alla struttura interessata, le versioni test degli strumenti e la procedura di rilevazione).

I partecipanti al gruppo di progetto regionale hanno riportato come gli utenti e i familiari contattati avessero dimostrato di aver voglia di "dire la loro". La motivazione a rispondere emerge chiaramente dal modo in cui i questionari sono stati successivamente utilizzati.

Gli stessi focus group organizzati nei territori a inizio progetto hanno portato a un effetto "palla di neve": i familiari coinvolti hanno recepito il valore dell'iniziativa partecipandovi attivamente e si sono fatti interpreti nei confronti degli altri familiari. In un territorio abbiamo rilevato come due rispondenti abbiano deciso di compilare e di consegnare assieme il questionario. Crediamo che ciò non infici la validità dei dati raccolti e piuttosto vada nella direzione di un coinvolgimento attivo nell'intento di essere coinvolti nel percorso di miglioramento di un servizio al quale si attribuisce valore.

Un'ulteriore difficoltà, di natura tecnica, si è presentata al momento del caricamento del software per la digitalizzazione dei dati. Alcuni enti regolatori, presso i quali è stata accentrata la procedura di input, disponevano di sistemi di sicurezza che non consentivano l'installazione o l'utilizzo di nuovi programmi inviati via posta elettronica (sebbene il software predisposto potesse essere gestito su una semplice chiavetta USB). Per ovviare a questo problema, il software corredato dal manuale d'uso per gli operatori è stato veicolato tramite supporto digitale.

I questionari sono stati raccolti presso la singola struttura, in un'urna appositamente preparata, oppure restituiti per posta. I questionari sono stati trattati dagli operatori della Zona, Azienda USL o Società della Salute per garantire massimamente la salvaguardia della privacy dei rispondenti. Gli operatori che hanno avuto la possibilità di leggere i questionari restituiti hanno rimarcato come le risposte apparissero sincere. Sono rimasti colpiti dall'assegnazione di valutazione complessive molto positive, mentre i giudizi sui singoli aspetti potevano far segnare dei giudizi più critici. Tale elemento era atteso, lo si riscontra in analoghi sondaggi, ed è per questo motivo che l'équipe di ricerca ha insistito per evidenziare aspetti diversi della qualità del servizio erogato.

Alcuni familiari non hanno fornito i dati relativi al profilo personale temendo che tali informazioni potessero portare a un'identificazione del rispondente. Ciò ha consigliato di apportare delle modifiche agli strumenti e alla procedura per ribadire il rispetto di questo importante requisito.

La funzione di accompagnamento alla compilazione è stata svolta in due territori da volontari attivi nella struttura. Tale modalità operativa ha dimostrato di poter facilitare il dialogo improntato a una relazione di fiducia e quindi si propone di confermarla nell'ipotesi di allargamento dell'esperienza.

La selezione dei potenziali rispondenti, tra gli utenti, è stata curata nell'ambito dell'équipe professionale. Si è considerato opportuno valutare caso per caso, vista la conoscenza personale delle capacità cognitive/relazionali e la lucidità, piuttosto che servirsi di scale e test (come il MMS). Visti i numeri relativamente piccoli, si è pertanto deciso di proporre l'indagine a tutta l'utenza stabile delle strutture. Il risultati in termini di risposte raccolte è riassunto nella tabella che segue.

Tabella 2.3 – Il campione raccolto

Territorio e Struttura		***Familiari***				***Utenti***	
		n. questionari consegnati su n. ospiti	***n. questionari restituiti***	***modalità consegna***	***modalità ricezione***	***n. interviste effettuate su n. ospiti***	***chi ha fatto intervista?***
Siena	*Rsa modulo base*	40/40	19	per posta	urna in struttura o per posta	7/40 (7 sono gli ospiti in grado di rispondere)	
Prato	*Cda*	15/15	15	consegna e restituzione a mano	consegna e restituzione a mano (urna in struttura)	13/15 (13 sono gli ospiti in grado di rispondere	
	Rsa modulo base	40/60 (40 sono risultati i familiari contattabili)	35	consegna e restituzione a mano	consegna e restituzione a mano (urna in struttura)	21/60 (21 sono gli ospiti in grado di rispondere)	
Lucca	*Cda (alzheimer)*	13/13	13	consegna e restituzione a mano	consegna e restituzione a mano (urna in struttura)	Gli ospiti non sono in grado di rispondere	
	Rsa modulo alzheimer	9/9	9	consegna e restituzione a mano	consegna e restituzione a mano (urna in struttura)	Gli ospiti non sono in grado di rispondere	

Totali		28 CDA 63 RSA			13 CDA 28 RSA	

Nell'incontro di chiusura è stato osservato che consegnare i questionari ai familiari, magari spiegando a voce le finalità dell'iniziativa, aumenta le probabilità di successo. I referenti dei territori hanno inoltre affermato che indagini di questo tipo sono utili e necessarie, non sono rimandabili visti gli sviluppi dell'iniziativa regionale sul sistema di accreditamento.

Gli strumenti hanno dimostrato di funzionare bene. Le domande sono state ben comprese, anche a giudizio degli operatori che hanno accompagnato i rispondenti nei casi di aiuto alla compilazione. Alcune domande hanno sortito un numero rilevante di risposte mancanti e quindi nella versione finale dei questionari è stata inserita una domanda filtro per selezionare i casi appropriati[29]. Nel caso dei familiari degli ospiti, inoltre, è stato specificato di lasciare in bianco la risposta nel caso manchi una conoscenza diretta dell'aspetto soggetto a valutazione.

Per quanto riguarda le possibilità di miglioramento degli strumenti, è stato recepito il suggerimento di contraddistinguere i questionari, per facilitare la fase di distribuzione e raccolta, realizzandone uno specificamente per il nucleo alzheimer.

29 In corrispondenza della domanda sul servizio di trasporto rivolta agli utenti del CDA, ad esempio, si è introdotta una domanda per scremare chi effettivamente fruisce del servizio.

3. RISULTATI E PROSPETTIVE

3.1 La cassetta degli attrezzi

Come abbiamo illustrato, il Gruppo di progetto ha valutato i diversi strumenti utilizzabili per l'indagine di soddisfazione, tenendo in considerazione l'esigenza che i dati raccolti potessero essere di interesse per il livello programmatorio. Ad ogni strumento possiamo infatti associare dei punti di forza e di criticità che la figura riassume in modo schematico.

Figura 3.1 – Gli strumenti di rilevazione diretta

	PRO	CONTRO
Questionario strutturato	Strumento veloce da compilare, si può proporre a un numero elevato di persone, economico	Scarso livello di approfondimento, nessun controllo sulla somministrazione (se autocompilato)
Intervista semi-strutturata	Maggior approfondimento, possibilità di controllo sulla somministrazione	Strumento dispendioso, somministrabile a un numero contenuto di persone
Focus-group	Elevato livello di approfondimento e alta flessibilità	Difficile da condurre, competenze richieste per la lettura dei dati, i temi vanno circoscritti

La scelta dello strumento più appropriato, viste le motivazioni di partenza e la composizione dell'utenza interessata, è ricaduta sul **questionario strutturato** da proporre ai familiari degli utenti e all'**intervista semi-strutturata** da rivolgere quando possibile agli ospiti delle strutture. Il questionario strutturato, in particolare, offre la possibilità di fare confronti tra territori e restituire dati trattabili dal sistema informativo socio-sanitario regionale in fase di progettazione.

Per definire gli strumenti di rilevazione rivolti agli utenti e ai familiari delle strutture coinvolte nella sperimentazione, abbiamo ripercorso le **fasi di erogazione del servizio** scomponendo i diversi momenti di contatto fra operatori e utenti: dalla fase di accesso, alla presa in carico, soffermandoci in maniera approfondita sulla fase di "trattamento" e quindi di permanenza nella struttura. Per le RSA, considerando la peculiarità del punto di offerta non è stato ritenuto opportuno toccare con il questionario la complessa e differenziata fase di conclusione del rapporto di cura; per i CDA il gruppo di lavoro ha deciso di rinviare a una fase successiva di lavoro l'analisi delle fasi di accesso e di dimissioni visto il progetto regionale in atto dedicato ai PUA e ai Punti Insieme.

Sono state prese in considerazione le tre componenti di qualità di ogni servizio (relazione, processo/organizzazione, struttura) e a partire da queste componenti sono state individuate in modo partecipato delle **dimensioni di qualità**, elementi considerati tali dal punto di vista degli stessi familiari degli ospiti, e i corrispondenti **indicatori** declinati a seconda delle fasi del percorso assistenziale

Il passo successivo si è concretizzato nel tentativo di tradurre gli indicatori, sia quantitativi che qualitativi, in **domande** specifiche da poter rivolgere agli utenti e alle loro famiglie per poter rilevare, in questo modo, la loro soddisfazione rispetto al servizio ricevuto. Nelle tabelle 3.1 e 3.2 riportiamo tali elementi in modo sistematico.

Tabella 3.1 – Dimensioni, fasi, indicatori, domande - RSA modulo base e alzheimer

	DIMENSIONI	FASI E INDICATORI			DOMANDE QUESTIONARI		
		ACCESSO	**PRESA IN CARICO**	**TRATTAMENTO**	***FAMIGLIE***	***SOLO PER FAMIGLIE ALZHEIMER***	***UTENTI***
STRUTTURA	Accessibilità struttura			Assenza barriere architettoniche	la struttura è completamente accessibile al Suo familiare (anche se accompagnato)?	*L'ORGANIZZAZIONE DEGLI SPAZI DEL NUCLEO ALZHEIMER PERMETTE AL SUO FAMIGLIARE DI MUOVERSI LIBERAMENTE SENZA INCONTRARE OSTACOLI?*	All'interno della struttura riesce a muoversi facilmente, anche se con qualche aiuto *(spostarsi nei vari piani, tornare nella camera da letto ...)*?
					Il Suo familiare riesce a orientarsi facilmente all'interno della struttura?	*NELLA STRUTTURA ESISTONO SPAZI PROTETTI PER I MALATI DI ALZHEIMER*	Ci sono degli ostacoli (es. scale)? Dove?
	Adeguatezza degli spazi			Presenza di spazi accoglienti e confortevoli	Gli ambienti comuni sono accoglienti e confortevoli (soggiorno, atrio, bar, corridoi, giardino...)?		In generale le piace come è organizzata la struttura? Cosa cambierebbe?
					La camera da letto è accogliente e confortevole?		
				Presenza di spazi puliti	E' soddisfatto della pulizia degli ambienti		I locali sono puliti?
				Adeguatezza della temperatura degli ambienti	E' soddisfatto della temperatura degli ambienti		C'è troppo caldo o troppo freddo?
				Personalizzazione degli ambienti	Al Suo familiare è stata data la possibilità di personalizzare la camera da letto?		E la sua camera da letto com'è? Ha potuto mettere le proprie cose?

PROCESSO/ORGANIZZAZIONE	Accompagnamento		Accompagnamento nella conoscenza della struttura e dei locali		al momento del ricovero, il Suo famigliare è stato accompagnato a conoscere la struttura e i locali dove si svolgono le attività (ad es. mensa, soggiorno, palestra, bar, chiesa, giardino, ecc.)?		Quando è arrivato, la hanno accompagnata a visitare la struttura e le stanze dove si svolgono le attività?
				Accompagnamento della persona in caso di ricovero ospedaliero	In caso di ricovero in ospedale, il personale della struttura ha accompagnato l'ospite?		
	Trasparenza/informazione	Informazioni generali ricevute al momento dell'ingresso in struttura			Come giudica le informazioni generali ricevute al momento dell'ingresso in struttura del Suo familiare?		Il direttore o gli operatori hanno spiegato cosa si fa durante la giornata?
			Informazioni su organizzazione della giornata in struttura Consegna materiale informativo		Al momento del ricovero ha ricevuto informazioni su come la giornata in struttura è organizzata? (ad es. orari di sveglia, visite mediche, pasti, visite parenti, ecc.)?		molte informazioni utili per gli ospiti sono contenute in un libretto che si chiama carta dei servizi. Lo ha mai consultato? Cosa ne pensa?
					Le sono stati consegnati materiali informativi (ad. Esempio la Carta dei Servizi della struttura)?		
				Costante scambio di informazioni tra operatori e utente/famigliari utente	il personale della struttura è disponibile a dare informazioni e spiegazioni sulle condizioni del suo familiare?		gli operatori rispondono se chiede informazioni e spiegazioni

			Comunicazione/passaggio di informazioni tra operatori	esiste una buona comunicazione tra il personale della struttura? Se per esempio Lei dice una cosa a uno di loro, l'informazione viene passata agli altri?		
Tempestività			Tempo tra richiesta e intervento di assistenza	quando si chiede aiuto, il persoanle della struttura interviene rapidamente?		Quando chiede aiuto (o suona il campanello) gli operatori arrivano subito?
				in caso di ricovero in ospedale per urgenze o per controlli medici, il personale della struttura la contatta tempestivamente?		
Professionalità			Operatori competenti e debitamente formati	è soddisfatto dell'igiene personale		
				il personale della struttura è adeguatamente preparato per assistere il Suo familiare?	*il personale del nucleo ha ricreato un clima familiare? Il personale del nucleo usa un tono di voce pacato?*	
				è soddisfatto della cura della persona		
			Affidabilità del personale	Sente di potersi fidare del personale che presta assistenza al Suo familiare?		Si fida di loro? Chi la aiuta di più di solito?
Continuità assistenziale			Basso turn over degli operatori	L'operatore che assiste il Suo familiare viene sostituito con frequenza?		Gli operatori cambiano spesso? Se si, questo crea dei problemi?
				Le sostituzioni creano dei disagi?		

Adeguatezza del servizio offerto			Adeguatezza qualità del cibo e refezione	come valuta la qualità del cibo?		Come si mangia? Cosa cambierebbe?
				Come giudica il servizio a tavola (preparazione della tavola, distribuzione dei pasti, ecc.)?		
			Adeguatezza servizio lavanderia	è soddisfatto del servizio lavanderia?		
			Adeguatezza orari	l'orario di visita dei parenti è adeguato alle Sue esigenze?		La vita in struttura ha delle "regole". In particolare ci sono degli orari da rispettare?- Se sì, gli orari vanno bene? Se no, li vorrebbe .... e come?
			Tipologia di attività adeguate a utenza	è soddisfatto delle attività ricreative INTERNE organizzate dal servizio (laboratori, feste, giochi, ecc.)?		Le piacciono le cose che fa durante la giornata? Quali attività sono più gradite e quali di meno? Cosa le piacerebbe fare di nuovo?
				è soddisfatto delle attività esterne organizzate (gite, uscite, ecc.)?	-	-
			Adeguatezza del trasporto	Come valuta il serivizo di trasporto assicurato agli ospiti?		
			Costo servizio in base a disponibilità economiche utente e famiglia	ritiene che il costo del servizio sia proporzionato al servizio ricevuto?		
Partecipazione		Attività condivise con utente e suoi famigliari		se è stato proposto un progetto individualizzato, Lei è stato coinvolto?		

				Coinvolgimento della famiglia	Come giudica in generale il coinvolgimento della famiglia da parte della struttura?		
				Organizzazione di incontri con specialisti per i famigliari	Quanto considera importante l'organizzazione di incontri per i familiari con la partecipazione di specialisti (es. psicologo) che aiutino a gestire la relazione di aiuto?	-	-
RELAZIONE	Accoglienza	accoglienza del servizio			Come giudica nel complesso l'accoglienza del servizio		ripensi a quando è entrato nella struttura. Si è sentito accolto?
							il personale è stato gentile con lei?
	Attenzione ai bisogni dell'individuo		Presenza di un operatore di riferimento		Al momento del ricovero Le è stato indicato l'assistente a cui rivolgersi in caso di necessità?		E' stato presentato l'operatore da chiamare in caso di bisogno?
			Presenza di un progetto individualizzato		conclusa la fase di inserimento, il personale della struttura ha proposto un progetto individualizzato (vale a dire un complesso di attività e interventi adatti alle condizioni ed esigenze del Suo familiare)?		
				rispetto delle proprie abitudini	al suo familiare è stata data la possibilità di mantenere le proprie abitudini?		

					al suo familiare viene data la possibilità di disporre di denaro da gestire in autonomia?		
				Comunicazione corporea/capacità di leggere le espressioni del volto dell'ospite	il personale della struttura riesce a capire le esigenze degli ospiti anche soltanto leggendo le espressioni del volto		
	Rispetto della persona			Rispetto della riservatezza	Come giudica il rispetto della riservatezza personale (comunicazione informazioni riservate, svolgimento di manovre assistenziali "delicate"...)		
				personale cortese e disponibile all'ascolto	Gli operatori sono cortesi e disponibili all'ascolto?		Come sono gli operatori? sono gentili, sono disponibili ad ascoltare, sanno aiutare quando ho bisogno
	Rapporti tra i diversi soggetti			Buoni rapporti con altri utenti	come considera il rapporto del suo familiare con gli altri ospiti?	-	c'è un buon clima fra gli ospiti?
				Buoni rapporti tra utenti/famiglia e personale (ASA,OSS...)	Come considera il rapporto tra famiglia e personale (ASA, OSS..)?	-	-
					come considera il rapporto tra il suo familiare e il personale?	-	-
		-	-	Buoni rapporti tra famiglia e personale amministrativo/direzione	Come considera il rapporto tra famiglia e personale amministrativo/direzione?	-	-
				buoni rapporti tra il personale	all'interno della struttura si respira un buon clima? Gli operatori collaborano tra di loro?		

Tabella 3.1 – Dimensioni, fasi, indicatori, domande – Centro Diurno

	DIMENSIONI	FASI E INDICATORI			DOMANDE QUESTIONARI	
		ACCESSO	PRESA IN CARICO	TRATTAMENTO	*FAMIGLIE*	*UTENTI*
STRUTTURA	Accessibilità della struttura			Assenza barriere architettoniche	Il Centro è completamente accessibile al Suo familiare (anche se accompagnato)?	All'interno della struttura riesce a muoversi facilmente, anche se con qualche aiuto *(spostarsi nei vari piani, spostarsi nelle diverse stanze…)*?
					Il suo famigliare riesce a orientarsi facilmente all'interno del Centro (ad es. colori dei piani o delle stanze differenti, segnali,…)?	Ci sono degli ostacoli (es. scale)? Dove?
	Adeguatezza degli spazi			Presenza ambienti adeguati per le diverse attività	In base alle attività svolte, come valuta la suddivisione degli spazi?	In generale le piace come è organizzata la struttura? Cosa cambierebbe?
				presenza di spazi confortevoli e accoglienti	gli ambienti del Centro sono accoglienti e confortevoli?	gli spazi sono accoglienti e confortevoli?
				presenza di spazi puliti	è soddisfatto della pulizia degli ambienti?	I locali sono puliti?
				Adeguatezza della temperatura degli ambienti	è soddisfatto della temperatura degli ambienti?	C'è troppo caldo o troppo freddo?

PROCESSO/ORGANIZZAZIONE	Trasparenza/informazione	informazioni generali ricevute al momento dell'ingresso			Come giudica le informazioni generali ricevute al momento dell'accesso?	
			informazioni sulle attività del Centro e su organizzazione della giornata		Al momento del ricovero ha ricevuto informazioni su come è organizzata la giornata nel Centro? (ad es. orari delle attività, pasti, ecc.)?	Il direttore o gli operatori hanno spiegato cosa si fa durante la giornata?
			consegna materiale informativo		Le sono stati consegnati materiali informativi (ad. Esempio la Carta dei Servizi del Centro?	Molte informazioni utile per gli ospiti sono in genere contenute in un libretto che si chiama "Carta dei servizi". Lo ha mai consultato? Cosa ne pensa?
				comunicazione tra operatori	Esiste una buona comunicazione tra il personale? Se per esempio Lei dice una cosa a uno di loro, l'informazione viene passata agli altri?	
				Costante scambio di informazioni tra operatori e utente/famigliari	Il personale (assistenti, infermieri, educatori..) del Centro è disponibile a dare informazioni e spiegazioni su ciò che fa il Suo famigliare durante la giornata?	come si comportano gli operatori: rispondono se chiedo informazioni o spiegazioni
	Accompagnamento		Accompagnamento nella conoscenza della struttura e dei locali		al momento del ricovero, il Suo famigliare è stato accompagnato a conoscere la struttura e i locali dove si svolgono le attività (ad es. mensa, soggiorno, palestra, bar, chiesa, giardino, ecc.)?	Quando è arrivato, La hanno accompagnata a visitare la struttura e le stanze dove si svolgono le attività?

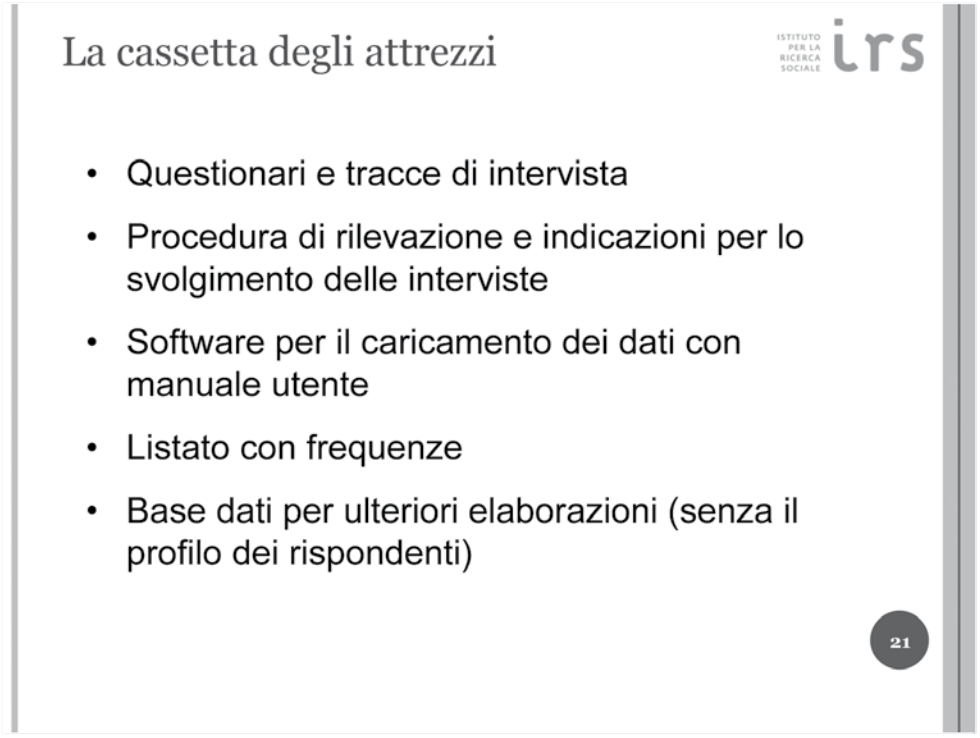
	Tempestività			tempo tra richiesta intervento e intervento di assistenza	Quando si chiede aiuto, il personale (assistenti, infermieri, educatori..) interviene rapidamente?	Quando chiede aiuto gli operatori arrivano subito?
	Professionalità			Operatori competenti e volontari debitamente formati	è soddisfatto dell'igiene personale?	è soddisfatto delle cure igieniche che Le vengono granatite?
					è soddisfatto della cura della persona?	è soddisfatto della cura della Sua persona (parrucchiere, manicure, barbiere....)?
				affidabilità del personale	sente di potersi fidare del personale che presta assistenza al Suo familiare?	sente di potersi fidare degli operatori che l'assistono?
	Integrazione			Collaborazioni con altri servizi	il servizio l'ha aiutata o la saprebbe aiutare in caso di bisogno a mettersi i contatto con altri servizi per anziani?	
				Incontri tra operatori e altri eventuali soggetti che hanno in carico utente	esistono momenti di incontro tra gli operatori e gli eventuali altri soggetti che hanno in carico il Suo familiare (medico di medicine generale, assistente sociale,...)?	
	Continuità assistenziale			Basso turn over operatori	L'operatore che assiste il Suo familiare viene sostituito con frequenza?	Gli operatori cambiano spesso? Se si, questo crea dei problemi?
					Le sostituzioni creano dei disagi?	
	Adeguatezza del servizio offerto			Frequenza e orari del trasporto consoni a esigenze di utente e famiglia	ritiene che il servizio di trasporto sia adeguato alle sue esigenze? Lo giudica un buon servizio? Voto da 1 a 10 al servizio di trasporto.	è soddisfatto del servizio di trasporto che l'accompagna al centro e/o a casa?se no Perché?

				Adeguatezza orari servizio	l'orario di apertura del servizio è adeguato alle sue esigenze?	La vita in struttura ha delle "regole". In particolare ci sono degli orari da rispettare?- Se sì, gli orari vanno bene? Se no, li vorrebbe come?
					l'orario di chiusura del servizio è adeguato alle sue esigenze?	
					Le modalità di frequenza sono adeguati alle sue esigenze ?	
				attività adeguate a utenza	è soddisfatto delle attività ricreative interne svolte dal servizio? È soddisfatto delle attività esterne organizzate dal servizio?	Le piacciono le cose che fa durante la giornata? Quali attività sono più gradite e quali di meno? Cosa le piacerebbe fare di nuovo?
				miglioramento del comprotamento dell'utente	ha riscontrato dei miglioramenti nel comportamento del Suo familiare da quanto frequenta il Centro?	Da quando frequenta il Centro sente di essere cambiato? Si sente meglio? Fa cose che prima non faceva?
				Adeguatezza qualità del cibo e refezione	Come valuta in generale la qualità del cibo? Come giudica il servizio a tavola?	Come si mangia? Cosa cambierebbe?
				Costo servizio in base a disponibilità economiche	ritiene che il costo della retta sia proporzionato al servizio ricevuto?	
	Partecipazione		Attività condivise con utente e suoi famigliari	coinvolgimento della famiglia	se è stato proposto un progetto individualizzato, Lei ha partecipato alla stesura del progetto?	è stato coinvolto nella scelta delle attività da svolgere durante la giornata?
					Come giudica in generale il coinvolgimento della famiglia da parte del Centro	

RELAZIONE	Accoglienza	accoglienza del servizio/relazione operatori ospiti			come giudica nel complesso l'accoglienza al servizio?	ripensi a quando è entrasto per la prima volta nel centro e ha cominciato a frequentare la struttura. Come si è sentito accolto?
						il personale è stato gentile con Lei?
	Attenzione ai bisogni dell'individuo		Presenza di un operatore di riferimento		Al momento del ricovero Le è stato indicato l'operatore di riferimento a cui rivolgersi in caso di necessità?	Le è stato presentato l'operatore da chiamare in caso di bisogno?
			presenza di un progetto individualizzato		Le è stato proposto un progetto individualizzato per il Suo familiare?	
	Rispetto della persona			Rispetto della riservatezza	Come giudica il rispetto della riservatezza personale (comunicazione informazioni riservate, s.)	
				capacità di ascolto degli operatori Operatori cortesi e disponibili *FAMIGLIE E UTENTI*	il personale è cortese e disponibile all'ascolto?	Come sono gli operatori? sono gentili, sono disponibili ad ascoltare, sanno aiutare quando ho bisogno;
						Chi l'ha aiuta di più di solito
	Rapporti tra i diversi soggetti			Buoni rapporti con altri utenti	Come considera il rapporto del suo familiare con gli altri ospiti?	parliamo ora della convivenza al centro e del rapporto con gli altri ospiti. C'è un buon clima fra di voi, andate d'accordo?
				Buoni rapporti utenti e personale	Come considera il rapporto del suo familiare con il personale?	
				Buoni rapporti tra famiglia e personale (ASA,OSS...)	Come considera il rapporto tra famiglia e personale (ASA, OSS..)?	
				Buoni rapporti tra famiglia e personale amministrativo/direzione	Come considera il rapporto tra famiglia e personale amministrativo/direzione?	

Messi a punto i questionari, abbiamo composto la “cassetta degli attrezzi” offerta ai territori, inserendovi oltre agli strumenti di indagine, la procedure di rilevazione, il software per il data entry e il relativo manuale d’uso.

Figura 3.2 – Gli strumenti e gli output prodotti nella sperimentazione



Gli strumenti di rilevazione sono stati sottoposti a una revisione finale e sono disponibili sul supporto informatico allegato al rapporto[30].

Nel paragrafo che segue sono riportate delle analisi dei dati raccolti che potrebbero esplicare un potenziale informativo maggiore nel caso siano applicate su una base campionaria allargata. Ricordiamo che la comparazione della qualità percepita dagli utenti delle diverse strutture non era nelle finalità del progetto, ma può essere considerata nell’ipotesi di sviluppo dell’iniziativa regionale.

Ai territori coinvolti nella sperimentazione sono state consegnate le relative base dati, senza il profilo dei rispondenti (età, sesso, ecc.), per consentire alle équipe professionali di approfondire l’analisi, comparando per esempio i propri risultati con quelli del campione complessivo.

30 I questionari sono stati revisionati alla luce dei feed-back raccolti dagli operatori a contatto con gli ospiti e i familiari, dalle figure che hanno curato le interviste e da chi ha inserito materialmente i dati.

3.2 Prima analisi dei dati raccolti

Le informazioni raccolte tramite i questionari sono state digitalizzate attraverso un software appositamente predisposto (EpiData). I dati codificati sono stati letti grazie a un programma di analisi statistica (SPSS) ottenendo degli output discussi con i referenti dei territori e i responsabili delle strutture partecipanti alla sperimentazione nella riunione conclusiva presso la sede regionale. L'obiettivo operativo era di restituire una prima analisi che mettesse in relazione le variabili sondate, non quindi un semplice conteggio delle risposte. Di seguito riportiamo le diapositive proiettate che presentano delle suggestioni relative a una selezione di domande a nostro avviso più rilevanti .

Oltre agli indici sui punteggi cardinali di gradimento complessivo, troveremo le valutazioni espresse tramite variabili ordinali e le risposte a modalità aperta opportunamente codificate attraverso l'utilizzo di parole chiave. Sempre a valere per il campione complessivamente raccolto.

Come è andato il campo?

Un maggior carico di lavoro svolto rispetto a quanto richiesto, nei termini di tempo previsti (o quasi), con buoni risultati in termini di restituzione.

Il nostro campione

Tipologia struttura	strutture coinvolte	casi familiari	casi utenti
RSA modulo base	2	54	28
RSA modulo alzheimer	1	9	-
CDA	2	28	13
totali	5	91	41

2

A domanda....rispondono (con aiuto)

Compilazione da parte degli OSPITI

	RSA	CDA
soli	2	2
con aiuto familiare	2	3
con aiuto operatore	24	8

Compilazione da parte dei FAMILIARI

	RSA	CDA
soli	48	17
con aiuto familiare	12	8
con aiuto operatore	-	3
missing	*3*	-

3

Un giudizio sintetico (1)

Un voto come a scuola sulla struttura/servizio

	RSA			CDA		
	Media	Dev.st.	N	Media	Dev.st.	N
FAMILIARI	**8,05**	1,43	57	**9,31**	0,88	26
UTENTI	**9,00**	1,44	28	**8,92**	1,19	13

I fattori che influenzano di più il giudizio sintetico per RSA sono: fiducia nel personale, cura della persona, pulizia e temperatura degli ambienti, capacità di interpretare le esigenze degli ospiti, rapidità di intervento del personale (r>=.7)

4

L'utilizzo di indici statistici di posizione – come la media - e di coefficienti – come l'indice di correlazione "r" - richiama l'esigenza di avere questionari compilati in modo completo e campioni sufficientemente grandi (almeno 20-30 casi per struttura).

Un giudizio sintetico (2)

Nel complesso, il servizio soddisfa i suoi bisogni / le sue esigenze?

	Utenti RSA % (n=28 su 28)	Utenti CDA % (n=11 su 15)
Sì, risponde pienamente	**75,0**	**72,7**
Sì, sono piuttosto soddisfatto	**17,9**	**27,3**
No, potrebbe fare di più	**3,6**	**-**
No, assolutamente	**3,6**	**-**

5

Gli elementi di rilievo

RSA – familiari

Giudizi particolarmente positivi (polarizzazione delle risposte su 'molto/abbastanza' ovvero 'ottimo/soddisfacente')
Accessibilità struttura
Presenza di spazi accoglienti e confortevoli
Presenza di spazi puliti
Adeguatezza della temperatura degli ambienti
Accompagnamento nella conoscenza della struttura e dei locali
Costante scambio di informazioni tra oper. e utente/famigliari
Operatori competenti e debitamente formati
Adeguatezza orari
Presenza di un operatore di riferimento
Personalizzazione degli ambienti e rispetto delle proprie abitudini
personale cortese e disponibile all'ascolto
Rapporti tra utenti e personale (ASA,OSS…)

8

Gli elementi di rilievo

RSA – familiari

Giudizi più critici (polarizzazione delle risposte su 'poco/per nulla' ovvero 'insoddisfacente/pessimo')
Possibilità di muoversi all'interno della struttura (modulo BASE)
Consegna materiale informativo
Turn over operatori
Adeguatezza servizio lavanderia
Accompagnamento della persona in caso di ricovero osp.
Proposta di un progetto individualizzato
Possibilità degli ospiti di disporre denaro da gestire

9

Gli elementi di rilievo

RSA modulo base - utenti

Le valutazioni degli utenti sono solitamente molto positive. L'analisi delle risposte a modalità aperta evidenzia alcune aree sulle quali investire.

Giudizi più critici
Accompagnamento nella conoscenza della struttura e dei locali al momento del ricovero
Informazioni generali ricevute al momento dell'ingresso in struttura sull'organizzazione della giornata
Conoscenza della Carta dei Servizi
Turn over degli operatori
Adeguatezza del cibo

10

Gli elementi di rilievo

CDA – familiari

Giudizi particolarmente positivi
Assenza barriere architettoniche
Presenza ambienti adeguati per le diverse attività
Presenza di spazi puliti
Adeguatezza della temperatura e dell'umidità degli ambienti
Informazioni generali ricevute al momento dell'ingresso
Costante scambio di informazioni tra operatori e utente/famigliari
Accompagnamento nella conoscenza della struttura e dei locali
Tempo intercorrente tra richiesta e intervento di assistenza
Operatori competenti e volontari debitamente formati
Frequenza e orari del trasporto consoni a esigenze del familiare
Attività ricreative interne ed esterne al Centro
Miglioramenti nel comportamento dell'utente
Attività condivise con utente e suoi famigliari

continua ….

12

Gli elementi di rilievo

CDA – familiari

Giudizi particolarmente positivi *(… continua)*
Accoglienza del servizio
Presenza di un operatore di riferimento
Capacità di ascolto degli operatori
Cortesia e disponibilità degli operatori
Rapporti tra utenti
Rapporti tra utenti e personale
Rapporti tra famiglia e personale (ASA,OSS…)
Rapporti tra famiglia e personale amministrativo/direzione

Giudizi più critici
Consegna materiale informativo
Comunicazione tra operatori

13

Gli elementi di rilievo

CDA - utenti

Giudizi più critici
Conoscenza della Carta dei Servizi

Occorre considerare la capacità cognitiva e la lucidità delle persone intervistate (analogamente alle RSA la traccia è stata quasi sempre somministrata da un operatore o un familiare).

14

Un tentativo di comparazione (1)

I cambi di personale creano dei disagi?

Familiari RSA			
		Frequenza	%
	Sì	16	39,0
	No	25	61,0
	Total	41	100,0
Missing		22	

Familiari CDA			
		Frequenza	%
	Si	2	15,4
	No	11	84,6
	Total	13	100,0
Missing		15	

16

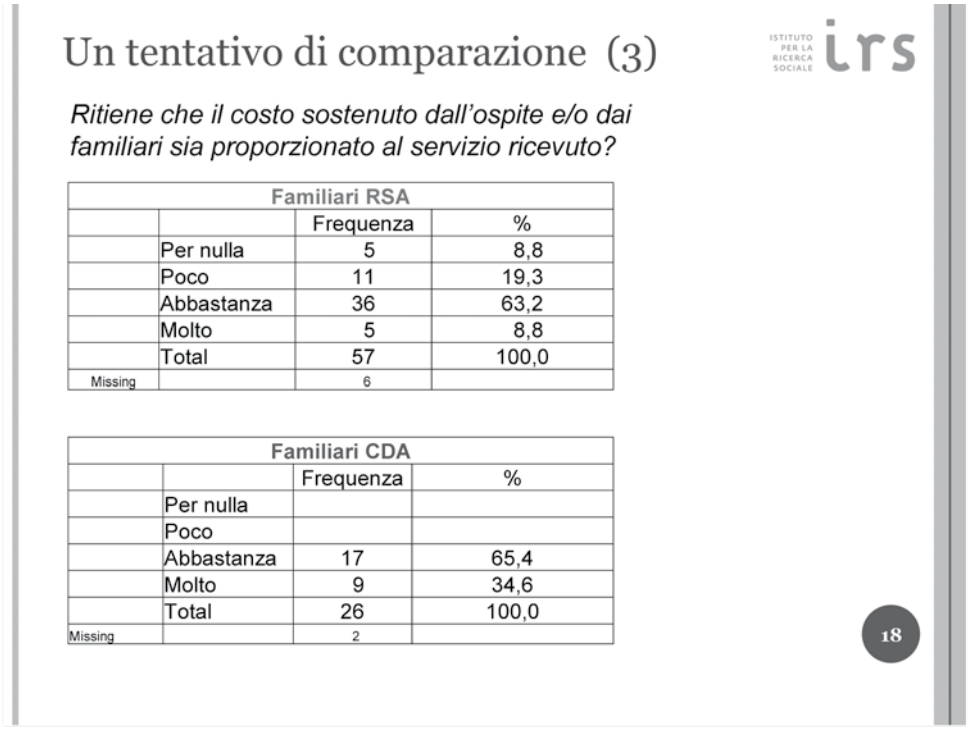
Un tentativo di comparazione (2)

In generale come valuta la qualità del cibo?

Familiari RSA			
		Frequenza	%
	Pessima		
	Insufficiente	4	7,0
	Soddisfacente	38	66,7
	Ottima	15	26,3
	Total	57	100,0
Missing		6	

Familiari CDA			
		Frequenza	%
	Pessima		
	Insufficiente		
	Soddisfacente	14	56,0
	Ottima	11	44,0
	Total	25	100,0
Missing		3	

17



Un tentativo di comparazione (3)

ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE irs

Ritiene che il costo sostenuto dall'ospite e/o dai familiari sia proporzionato al servizio ricevuto?

Familiari RSA			
		Frequenza	%
	Per nulla	5	8,8
	Poco	11	19,3
	Abbastanza	36	63,2
	Molto	5	8,8
	Total	57	100,0
Missing		6	

Familiari CDA			
		Frequenza	%
	Per nulla		
	Poco		
	Abbastanza	17	65,4
	Molto	9	34,6
	Total	26	100,0
Missing		2	

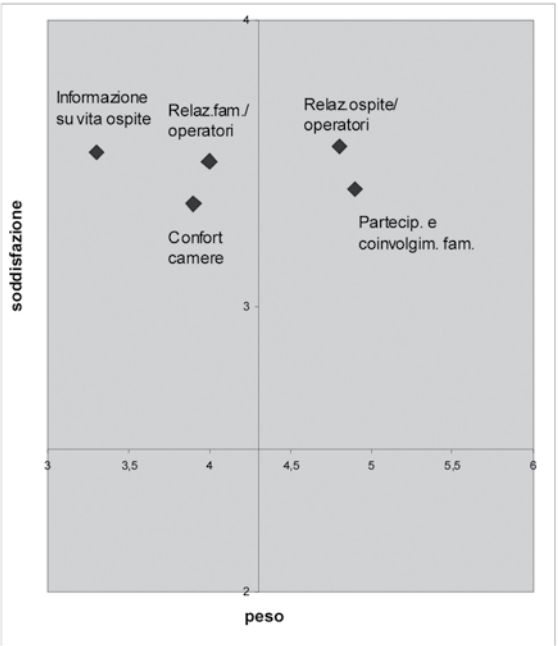
18

Come si nota, la distribuzione delle risposte sulla valutazione della congruenza tra costo del servizio e qualità offerta è maggiormente spostata verso l'area di soddisfazione nel caso dei CDA. Un modo interessante di approfondire l'analisi sarebbe quello di ricercare i fattori che fanno esprimere a un sottogruppo di familiari degli utenti RSA un giudizio critico, per esempio rileggendo le risposte a modalità aperta delle persone che sono "per nulla" soddisfatte.

Valorizzando quanto abbiamo raccolto nei focus group con i familiari degli utenti abbiamo cercato di mettere in relazione i giudizi con l'importanza attribuita alla corrispondente dimensione dell'albero della qualità (il peso). Nella pagina successiva riportiamo due figure che rappresentano un posizionamento delle dimensioni sul piano cartesiano. L'asse delle ascisse è riferita al peso attribuito, mentre l'asse delle ordinate contraddistingue il giudizio.
Posizionamenti nel 4° quadrante (quello in basso a destra nei grafici alla pagina successiva), connotati da un alta importanza ma da valutazioni critiche, portano a immaginare degli interventi di miglioramento che si suppone possano incidere con decisione sulla singola componente di qualità ivi collocata, ma anche sulla soddisfazione complessiva degli utenti. Come si può notare dagli esempi forniti, il quadrante risulta attualmente vuoto. Ciò non significa che non esistano spazi di miglioramento che è possibile percorrere nelle strutture considerate nella sperimentazione.

Identificare spazi di miglioramento (1)

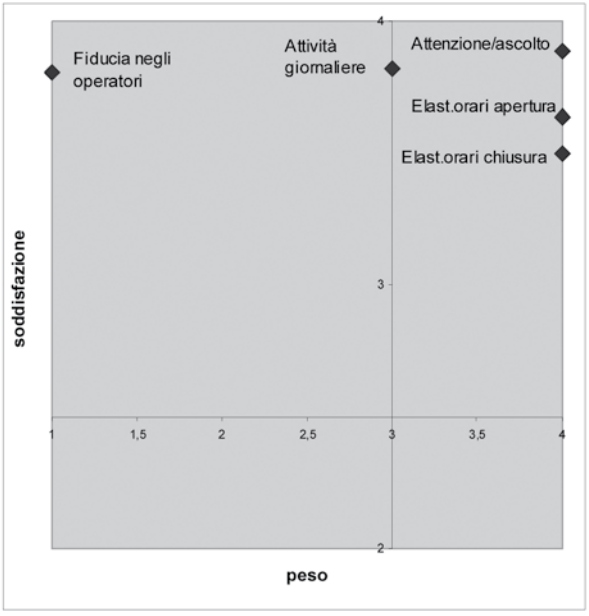
RSA



19

Identificare spazi di miglioramento (2)

CDA



20

Dal punto di vista metodologico è necessario completare l'abbinamento tra gli elementi di qualità evidenziati nella fase iniziale di confronto con operatori e utenti e le variabili-indicatore contenute nella versione finale degli strumenti, affinando l'attribuzione dei pesi alla singola dimensione di qualità. Tale operazione potrà essere affrontata nella futura fase di sviluppo dell'iniziativa.

Teniamo in considerazione un'ulteriore elemento. Per analizzare e commentare i dati è opportuno esplicitare delle aspettative sui risultati (es. proporzione di familiari molto soddisfatti su un dato aspetto del servizio). Nel corso di questo lavoro di ricerca abbiamo sollecitato il gruppo di progetto a esprimere una previsione che in alcuni casi, discutendo assieme le distribuzioni di frequenza, è stata fatalmente smentita dai dati reali. Ciò comprova l'utilità di procedere con indagini di questo tipo per uscire da una soggettività autoreferenziale dei responsabili e degli operatori delle unità di offerta, soggettività o "pregiudizio" che generalmente ostacola i processi di miglioramento.

3.3 Spunti per lo sviluppo del progetto

Rilevare la soddisfazione degli utenti dei servizi nel settore pubblico è un processo di ricerca che va personalizzato sul contesto e sul tipo di servizio/struttura preso in considerazione. *Va sviluppato con la costruzione di un modello facilmente diffondibile e condivisibile, dimensionato sulle possibilità capacità e interesse degli enti coinvolti nel trattare le informazioni rilevate*[31].

Nella sperimentazione che documentiamo in questo rapporto si è cercato di rispondere a tali esigenze. Dall'analisi dei dati raccolti[32] e delle valutazioni ex post portate dagli operatori delle strutture coinvolte e dai responsabili delle articolazioni zonali, evidenziamo la possibilità di diffondere l'esperienza ad altri contesti territoriali e di prefigurare un ruolo di accompagnamento e coordinamento da parte della Regione.

La rilevazione della soddisfazione è una procedura fattibile almeno una volta all'anno, nei tempi che hanno caratterizzato la sperimentazione. A giudizio dei referenti dei territori coinvolti la rilevazione non è più rimandabile, vista oltre tutto la prospettiva di accreditamento delle strutture. Se la direzione della struttura e i referenti dell'ente regolatore (Zona o Società della Salute) sono consapevoli che occorre attivarsi periodicamente, si organizzeranno di conseguenza e la rilevazione diventerà una routine.

La condivisione del percorso di ricerca con il gruppo di progetto allargato ha evidenziato degli spunti che possono sviluppare ulteriormente l'iniziativa regionale rispondendo a precisi obiettivi operativi.

A) Miglioramento nell'utilizzo degli strumenti di rilevazione

Per la consegna dei questionari si dovrebbero mettere in campo più modalità e canali (consegna a mano, invio postale, anticipazione in sede di incontri allargati), sia per aumentare la possibilità di contatto con i parenti sia per massimizzare le restituzioni.

---

31 Da Renzi M.F. (2007), La misurazione della customer satisfaction nella Pubblica Amministrazione: aspetti metodologici e limiti di applicazione, http://saperi.forumpa.it.

32 Abbiamo calcolato la deviazione standard sulle domande riassuntive contenute nei questionari per verificare la tenuta degli stimoli proposti.

Vanno ottimizzati i tempi per la raccolta dei questionari compilati e lo svolgimento delle interviste, evitando di porre vincoli troppo rigidi ai territori che lanciano la rilevazione per la prima volta.

Nel caso degli ospiti, è opportuno somministrare la griglia di intervista dopo 2-3 mesi dal momento di ricovero o presa in carico da parte del centro.

Curare le interviste agli ospiti più volte all'anno può costituire una buona soluzione organizzativa in quanto, soprattutto per i centri diurni, un solo inserimento può modificare gli equilibri all'interno del servizio. Il clima interno è un fattore che influisce sulla soddisfazione.

I questionari e le tracce si prestano a essere segmentati. La prima parte del questionario, ad esempio, è intitolata "il primo contatto con la struttura" è può essere proposta solo ai familiari degli ospiti neo-inseriti per non appesantire il dialogo con le famiglie assistite da tempo.

B) Diffusione delle buone prassi e sostegno metodologico

I referenti dei territori hanno proposto di progettare un sito web dedicato agli operatori dei servizi rivolti agli anziani non-autosufficienti. Tramite tale sito potrebbero venire offerti strumenti e risorse informative utili a diffondere una cultura organizzativa orientata al miglioramento della qualità.

La realizzazione di una procedura di rilevazione basata sul web costituirebbe un valido ausilio operativo per snellire il carico di lavoro degli operatori territoriali incaricati a digitare le informazioni raccolte e garantire una migliore qualità del dato (grazie ad esempio a una guida alla compilazione on-line e a eventuali controlli di validità dei dati inseriti).

Raccogliere e far circolare le esperienze locali nel campo della valutazione della qualità dell'assistenza e accoglienza delle persone anziane, secondo metodologie e strumenti diversi (es. customer e job satisfaction, accreditamento istituzionale o di eccellenza, certificazione ISO 9000:2001, SA8000).

C) Valorizzazione dei dati raccolti

Prevedere l'intervento del sistema informativo socio-sanitario regionale nel trattare i dati sulla soddisfazione che saranno progressivamente raccolti, per offrire ai territori e alla Regione stessa dei confronti nel tempo e nello spazio su alcune variabili chiave (ad esempio il giudizio sintetico di soddisfazione, la rispondenza del servizio offerto rispetto alle proprie esigenze, la proporzione tra costo a carico delle famiglie e servizio ricevuto).

Costruire degli indici per dimensione di qualità basati sulla filosofia degli "alberi della qualità" utilizzando opportunamente le variabili con modalità di risposta ordinale.

Accostare l'analisi della soddisfazione degli utenti alla job satisfaction, alla rilevazione del clima organizzativo promossa a livello regionale e ad altre ricerche sulla qualità offerta dal sistema dei servizi (ad esempio quella sulla medicina territoriale svolta dal Laboratio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa).

Organizzare dei focus group con i familiari degli utenti per monitorare gli aspetti più critici evidenziati dalla rilevazione annuale.

D) Coinvolgimento dei portatori di interesse

Inserire la rilevazione della soddisfazione degli utenti e dei familiari – e le necessarie indicazioni di metodo - nei requisiti che saranno previsti dal regolamento per l'accreditamento delle strutture (attualmente in fase di definizione).

Socializzare i risultati all'interno dell'ente regolatore e dell'ente gestore della singola unità di offerta e all'esterno nei confronti degli utenti e dei familiari. Lanciato il dialogo è infatti necessario dare riscontro ai problemi che vengono sottolineati. Diversamente, un'indagine di soddisfazione si rivela facilmente un boomerang per l'organizzazione. A fronte delle criticità emerse, e illustrate in un incontro dedicato o in una comunicazione scritta, è importante porsi degli obiettivi di miglioramento e prendere degli impegni.

Ipotizzare per la restituzione dei risultati l'intervento di un referente "esterno" alla struttura, per esempio un referente della Società della Salute o della Zona, al fine di evidenziare il ruolo di garanzia della qualità assistenziale erogata.

Obbligare le strutture a documentare nelle proprie Carte dei Servizi le valutazioni espresse da utenti e familiari, gli impegni presi e i miglioramenti introdotti.

Avviandoci a concludere il rapporto, è importante richiamare la premessa e cioè l'esigenza di porre al centro della valutazione della qualità l'utente con i suoi bisogni e, parimenti, i familiari. Come singoli individui essi sono in grado di restituirci uno dei possibili punti di vista sulla qualità e cioè quello orientato ai risultati prodotti. È fortemente consigliabile arricchire tale punto di vista, considerando ad esempio il portato delle organizzazioni di rappresentanza e tutela dei cittadini-consumatori, coinvolgendoli ad esempio nei momenti di socializzazione dei risultati di indagine. Dalla parte del fornitore del servizio, va inoltre assegnato un ruolo importante ai professionisti che, riflettendo sulla propria attività professionale, definiscono procedure di comportamento capaci di influenzare i processi di intervento e lo stesso clima organizzativo. Tali elementi di giudizio, che vengono solitamente affrontati secondo le logiche della certificazione di qualità e dell'accreditamento d'eccellenza, andrebbero integrati in un sistema di conoscenza.

La valutazione dei servizi di welfare dovrebbe dotarsi di un apparato concettuale peculiare, diverso da quello utilizzato per la valutazione della qualità di altri beni o servizi. È necessario riuscire a mettere in relazione diversi fattori, non potendo affidare il giudizio complessivo di un servizio o di una struttura alla sola soddisfazione dell'utente. Valutare il funzionamento di un'organizzazione complessa come una struttura residenziale per persone anziane o un centro diurno significa assumere una logica multidimensionale che consideri le peculiarità di un servizio rivolto al sociale.

4. INDICAZIONI METODOLOGICHE E STRUMENTI

Il capitolo si compone degli strumenti di indagine - sottoposti a una revisione successiva alla sperimentazione avvenuta nei mesi di marzo e aprile 2009 - della procedure di rilevazione e di registrazione dei dati, di indicazioni per l'analisi e la socializzazione dei risultati ottenuti. Il contenuto è reso disponibile su supporto elettronico per facilitare la circolazione dell'esperienza.

Ci sembra utile richiamare che l'indagine di soddisfazione assume rilevanza nel caso sia inserita in un sistema di conoscenza che deve evolvere con e per il servizio offerto. L'indagine deve essere curata in modo sistematico in quanto il valore aggiunto è rappresentato dal confronto nel tempo sui risultati ottenuti nell'ottica del miglioramento continuo della qualità.

La rilevazione della qualità percepita si iscrive nel quadro della filosofia valutativa della Carta dei Servizi e si propone di fornire un contributo informativo importante, a partire dal chiedersi se gli interventi introdotti in un determinato servizio abbiano portato degli effetti "visibili".

4.1 Procedura di rilevazione

Coinvolgimento degli utenti

Per gli anziani utenti dei CDA e delle RSA è stata prevista una traccia di intervista che può essere somministrata da un familiare, da un operatore della struttura o meglio da una figura esterna (per esempio un volontario che presta attività nella struttura o nel centro). La traccia è compilabile in autonomia dal rispondente, ma si è pensato a un intervistatore per agevolare l'anziano e raccogliere delle informazioni in modo omogeneo. L'intervento di una persona conosciuta e di fiducia dovrebbe garantire una libera espressione di dialogo in una situazione protetta.

Per le RSA, data la grave compromissione delle condizioni di salute degli utenti, condizione che abbiamo verificato essere spesso presente anche nelle persone ospitate nei moduli base, la scelta del campione di utenti "capaci", ai quali proporre la compilazione della traccia ovvero richiedere la disponibilità all'intervista, è da condividere con il coordinatore/responsabile della struttura e l'équipe di infermieri, medici e operatori che operano in struttura. Anche se ristretto a piccolissimi numeri, il dialogo con gli utenti stabili può rivelare un momento significativo finalizzato al miglioramento del servizio. Per i CDA, dato il numero degli utenti delle strutture semiresidenziali (tra i 20 e i 40 ospiti), l'intervista può essere proposta a tutti gli utenti "capaci".

Coinvolgimento delle famiglie

I questionari rivolti ai familiari degli utenti delle RSA e dei CDA sono degli strumenti più strutturati che si suddividono in tre parti: la presentazione con le istruzioni per la com-

pilazione, le domande di soddisfazione rispetto al servizio, il profilo dei rispondenti con informazioni generali utilizzabili come variabili "indipendenti" da mettere in relazione con il livello di soddisfazione espressa. La forma dello strumento prescelta è quella cartacea, in quanto considerata la forma più accessibile alla platea di potenziali rispondenti.

I questionari rivolti ai familiari sono progettati per poter essere compilati direttamente dal *carer*, cioè dal familiare di riferimento. Il Centro che utilizza questo strumento è invitato a seguire i passi di una procedura di somministrazione delineata con l'aiuto degli operatori e dei familiari degli ospiti del Centro Diurno "Villa Amelia" di Prato; mentre la RSA è invitata a seguire i passi delineati con l'aiuto degli operatori e dei familiari degli ospiti della RSA Cocconi di Montepulciano e della RSA di Monte San Quirico (Lucca).

Seguire una procedura di rilevazione condivisa a livello regionale è un fattore decisivo per rendere possibile una comparabilità dei risultati nel tempo (da un anno all'altro) ed eventualmente nello spazio (tra zone territoriali ed eventualmente tra strutture diverse).

Per raccogliere maggiori informazioni possibili, non stressare eccessivamente gli intervistati (minimizzando quindi il rischio di prendere con superficialità l'indagine) e consentire di mettere in campo eventuali interventi di miglioramento per rispondere alle sollecitazioni dell'utenza, il questionario e la traccia di intervista verrà proposto una volta all'anno. Considerato il turn-over dell'utenza dei centri diurni, si può valutare la possibilità di mettere in campo un'indagine semestrale per rilevare tempestivamente eventuali problematiche riferite ai nuovi inserimenti.

Per avere il maggior numero di questionari raccolti, si consiglia di accompagnare l'invito a compilare lo strumento di rilevazione con una comunicazione dei responsabili della struttura, verificando la possibilità di predisporre una lettera congiunta con i referenti delle istituzioni promotrici o di garanzia (es. AUSL, Comune, Zone o Società della Salute). La lettera preciserà alle famiglie gli obiettivi del sondaggio, le modalità di rilevazione, i tempi di realizzazione (è ipotizzabile la raccolta del questionario compilato entro 3-4 settimane dal contatto), le modalità di restituzione dei risultati dell'indagine.

Vista la numerosità degli ospiti di un singolo nucleo (massimo 40 ospiti), il questionario verrà distribuito al familiare di riferimento di tutti gli utenti presenti a una certa data in struttura o che frequentano il centro diurno. I responsabili della struttura hanno il compito di individuare il momento dell'anno e le modalità più opportune per coinvolgere in modo attivo i familiari. I questionari saranno consegnati a mano dagli stessi operatori oppure spediti per posta a domicilio. Sono da evitare momenti di vita della struttura caratterizzati da eventi straordinari, come ristrutturazioni o modifiche organizzative pesanti, che possono distorcere le percezioni e le opinioni dei rispondenti.

Per le RSA, in particolare, consigliamo di distribuire il questionario integrale agli utenti/famiglie che si trovano in struttura da almeno 3-4 mesi; per i "nuovi inserimenti", l'idea sviluppata durante la sperimentazione è di proporre solo la prima parte del questionario a distanza di 2-3 mesi dal ricovero sotto forma di intervista svolta dal responsabile della struttura.

I questionari e le schede, una volta compilati, dovranno essere consegnati in un apposito contenitore collocato all'interno della struttura stessa ovvero rispediti per posta. La consegna in busta chiusa o il deposito in un contenitore rappresenta per utenti e familiari una garanzia di anonimato. Raccomandiamo anche in questo caso un intervento attivo dell'ente regolatore, garante quindi della qualità offerta alla cittadinanza, in modo che la raccolta possa avvenire tramite un ufficio appositamente delegato (es. Servizi Sociali, URP).

4.2 Lettera di presentazione

Come anticipato nel precedente paragrafo, raccomandiamo di predisporre una lettera di presentazione del questionario a firma dell'istituzione di garanzia (es. Comune, Zone o Società della Salute, Azienda USL). Nella sperimentazione è stato possibile redigere delle lettere congiunte tra ente regolatore ed ente gestore del servizio. Tale soluzione è preferibile per rendere esplicito il comune intento di "dare voce agli utenti". La lettera ha il compito di illustrare i seguenti punti:

- **il/i promotore/i dell'iniziativa**, verosimilmente il Comune e/o la Società della Salute;
- **gli obiettivi del sondaggio** e cioè la rilevazione della soddisfazione degli utenti e dei loro familiari: migliorare la qualità dei servizio (CDA oppure RSA) e rispondere più efficacemente alle esigenze degli utenti;
- **la collaborazione con il gestore del servizio ed eventualmente la Regione Toscana** nel caso l'iniziativa assuma rilevanza quale azione di sistema;
- **le modalità di rilevazione** e quindi la possibilità di riportare il questionario compilato, riponendolo in un apposito contenitore presso la struttura, oppure spedire il modulo per posta grazie a un'eventuale busta pre-indirizzata. A rigore, l'indirizzo postale di restituzione dovrebbe essere ricercato all'interno dell'ente garante (es. Comune) per rinforzare il rapporto di fiducia con i cittadini/utenti. Per evidenti motivi di salvaguardia della privacy è da consigliare di non firmare il modulo oppure indicare il mittente;
- **i tempi** entro cui restituire i questionari compilati;
- **i modi in cui l'ente si impegna a restituire i risultati dell'indagine** personalizzando la proposta inserita in coda ai questionari;
- **i contatti** per eventuali domande di chiarimento: uno interno all'ente regolatore e uno della direzione della struttura interessata.

Nel caso di utilizzo della traccia di intervista, va predisposta una lettera di presentazione toccando i punti sopra esposti e specificando, ove possibile, il nome della persona incaricata di curare l'intervista (es. un volontario incaricato dall'ente e/o dalla direzione della struttura).

4.3 Indicazioni per lo svolgimento delle interviste

Il rapporto di interazione tra intervistatore e intervistato non consente un completo anonimato e l'intervista può toccare argomenti delicati.

Il primo dovere della persona che aiuta l'utente o il familiare a compilare il questionario - o che svolge l'intervista – è rispettare la dignità e la privacy di chi fornisce preziose informazioni a scopo di ricerca. La responsabilità di rendere anonima l'intervista, evitando di apporre sul questionario nomi e indirizzi, è dunque dell'intervistatore che agisce su preciso incarico dell'ente. Questo aspetto va chiarito molto bene all'utente e al familiare.

Il secondo dovere è quello di mettere a proprio agio l'intervistato e di non creare situazioni in cui possa sentirsi in imbarazzo. Per favorire una buona comprensione delle domande, ad esempio, è possibile utilizzare dei termini più colloquiali rispetto a quanto suggerito nel questionario.

Il rispetto per la persona impone che le risposte non vengano suggerite. Se l'intervistato "non sa" o "non risponde" basta annotarlo sul modulo, senza fare sentire in colpa chi può legittimamente esimersi da esprimere a tutti i costi un giudizio.

Alcuni punti di attenzione per gli intervistatori

1. Nella fase di preparazione

Mettere l'intervistato a proprio agio	✓ Individuare un luogo/spazio il più possibile tranquillo e senza interferenze esterne. ✓ Dichiarare la durata dell'intervista (circa 10 minuti)
Esplicitare all'intervistato come verranno raccolte ed utilizzate le informazioni da lui fornite	✓ Spiegare in modo chiaro ed esauriente i fini dell'intervista e quelli più generali della ricerca (vedi parte introduttiva del questionario/traccia). ✓ Comunicare come verranno trattati i dati e come verranno resi disponibili alla fine del lavoro (vedi parte conclusiva del questionario/traccia).

2. Durante la conduzione dell'intervista

Ascoltare l'intervistato con interesse e aiutare ad esprimere ciò che egli sente e pensa	✓ Far sentire la propria disponibilità ad "ascoltare". ✓ Saper tacere e supportare il silenzio con elementi comunicativi non verbali positivi, quali l'atteggiamento di ascolto interessato e non giudicante, cenni di assenso del capo e leggeri sorrisi. Parlare solo quel tanto che serve ad incoraggiare l'altro ad esprimersi.
Assumere un atteggiamento non valutativo	✓ Dimostrare rispetto per le idee, i punti di vista, le scelte e i sentimenti dell'intervistato. ✓ Non giudicare le sue scelte o i suoi comportamenti neanche con reazioni non verbali.
Essere attenti ai messaggi non verbali	✓ Essere pronti a raccogliere anche note e spunti sul contesto ed eventuali reazioni inattese da parte dell'intervistato.

Considerata la fragilità delle persone da intervistare, l'intervistatore dovrebbe essere una figura professionale adeguatamente preparata. Nel caso di coinvolgimento di un operatore volontario, raccomandiamo di presidiare almeno una sessione di formazione al ruolo con un forte richiamo a prestare **attenzione al piano emotivo**: l'*empatia* è un fattore che può facilitare la relazione, ma occorre evitare di sconfinare nella *simpatia*, ossia nella profonda condivisione emotiva delle esperienze e dei problemi portati dall'intervistato.

4.4 Manuale utente per l'inserimento dei dati

1. Generalità

Il programma di registrazione dati predisposto da IRS è stato sviluppato per mezzo del software *open source* EpiData[33], concepito per i sistemi Windows e Mac. La particolarità di EpiData è costituita dalla possibilità di avere in un'unica cartella di lavoro sia il programma che i dati registrati, evitando di installare un nuovo software sui registri del vostro computer. Il programma può quindi essere caricato su disco rigido oppure su una chiavetta USB.

2. Installare EpiData (operazione da fare una volta sola)

Per installare EpiData, copiare la cartella di lavoro INPUT_DATI scaricabile dal sito http://www.regione.toscana.it/regione/export/RT/sito-RT/Contenuti/sezioni/sociale/visualizza_asset.html_1253764395.html sul desktop del vostro PC oppure su una chiavetta USB: il programma è pronto per funzionare.

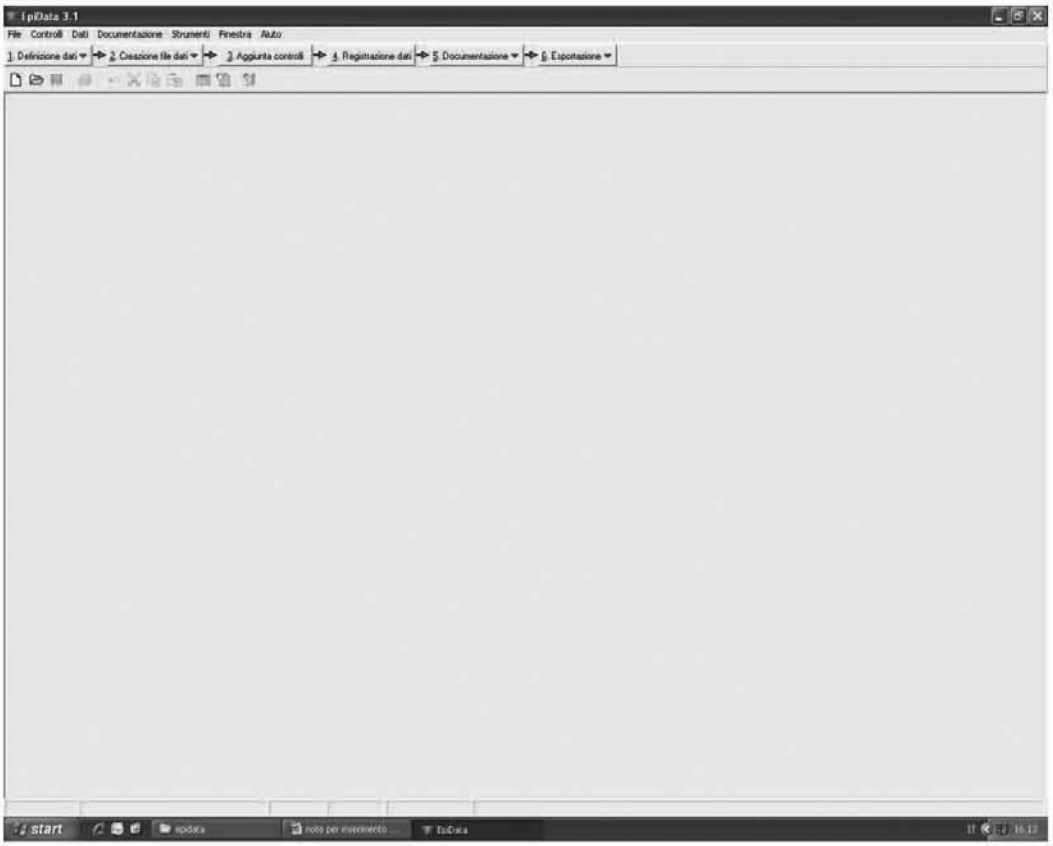
3. Lanciare il programma di registrazione dati

Per iniziare cliccare due volte sul file Epidata.exe

contenuto nella cartella "EpiData".

La schermata iniziale di EpiData è riportata nella pagina seguente.

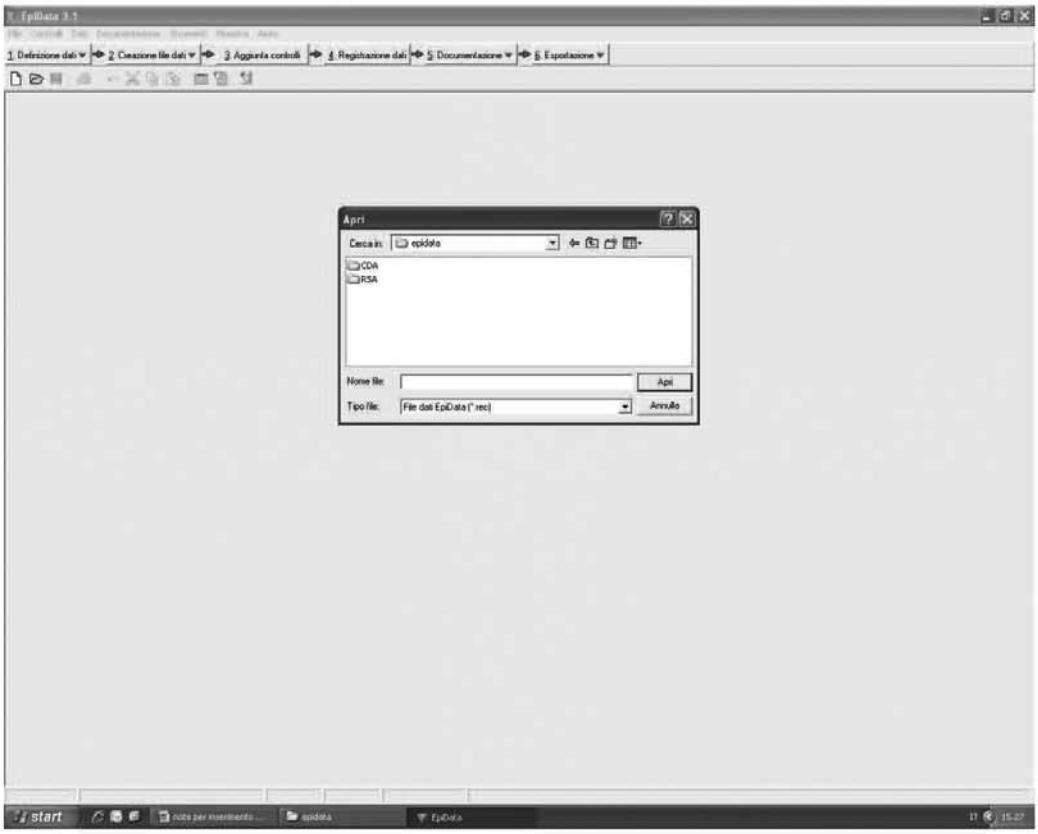
33 EpiData è un software scaricabile gratuitamente da Internet http://www.epiinfo.it/EpiData.htm.



4. Registrazione di nuovi dati dai questionari

Dopo aver lanciato il programma, cliccare sulla scelta n.4 *"**Registrazione dati**"*

. Appare la finestra di dialogo "*apri*".



Nella cartella di lavoro INPUT_DATI troverete le cartelle “CDA” e “RSA”. Con doppio clic aprire quella di vostro interesse.

Poniamo per esempio che si vogliano inserire i dati di un questionario compilato dal famigliare di un utente del centro diurno; la procedura che si deve seguire è la seguente.

- Doppio clic sulla cartella CDA.
- All’interno della cartella sono contenuti due file: “quest familiari cda” e “traccia utenti cda”.
- Un clic su “quest familiari cda”. Assicurarsi che nella casella “*tipo file*” sia selezionato *“File dati EpiData (*.rec)”* .
- Cliccare su *“apri”.*

Appare a questo punto la **maschera di registrazione**.

Il campo ID (numero identificativo) viene valorizzato automaticamente. Si raccomanda di scrivere sul questionario cartaceo il numero progressivo attribuito dal programma.

Potete ora **inserire i dati**. Accanto ai campi previsti si trovano indicazioni sulle possibilità di risposta (eccetto per le domande aperte).
Nell'esempio in figura, evidenziato in giallo, alla domanda d1 è possibile inserire solo una delle modalità di risposta consentite: 1, 2, 3 o 4.
Una volta inserito il dato in un campo, il passaggio al campo successivo avviene di solito in modo automatico. In ogni caso è possibile spostarsi utilizzando i tasti **Enter/Invio**, **TAB** o ↓).
Sono stati attivati dei salti logici e quindi, verificate alcune condizioni, il cursore si posizionerà da solo nel campo appropriato.

Errori o correzioni

In caso di errore è sempre possibile correggere un dato già inserito: utilizzare a questo fine il mouse per ritornare nel campo interessato, cliccare una volta e inserire il dato corretto.

Attenzione: consigliamo di utilizzare il mouse solo in questo caso per non superare le funzioni di controllo previste.

Salvataggio dei dati

Compilato l'ultimo campo della maschera di inserimento comparirà la finestra "***conferma***". Cliccrea su "*sì*" per salvare i dati registrati e poter passare al questionario successivo. Solo a questo punto i dati del questionario in vostre mani saranno salvati nell'archivio.

5. Messaggi di errore

Se si immette una risposta che non è permessa, apparirà un messaggio di errore. Non è possibile continuare prima che la risposta sia corretta.
Esempio 1: su una modalità di risposta da 1 a 4, se digiti 5 apparirà la seguente finestra

Avete introdotto un valore non previsto. I valori possibili sono indicati. Premere su *"ok"* e digitare un valore corretto.

Esempio 2: se compare la seguente finestra significa invece che il dato è necessario.

Premere su *"ok"* per introdurre una risposta; se la risposta è veramente mancante (il dato è missing), cliccare su *"ok"* e spostarsi nel campo di inserimento successivo (utilizzando i tasti **Enter/Invio**, **TAB** o ↓).

6. Esportazione dei dati

Attenzione: prima di fare l'esportazione dei dati, verificare che tutti i questionari siano compilati interamente. Epidata non fa questa verifica e esporta tutti i dossier aperti, anche se non sono compilati interamente!

- Sullo schermo iniziale (vedere capitolo 3), scegli:

- Cliccare su *Esporta Excel*

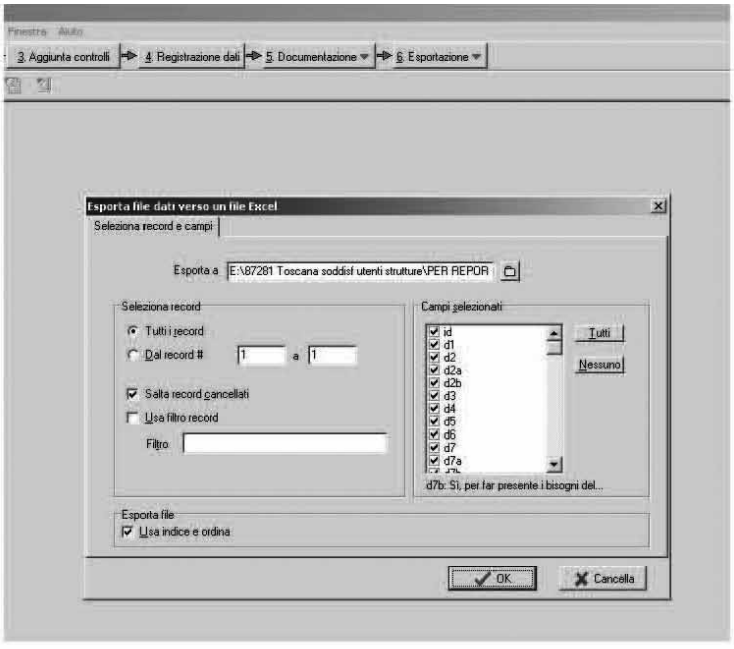
La finestra di dialogo *"Apri"* appare.

Nella cartella "epidata" troverete le cartelle "CDA" e "RSA". Con doppio clic aprire quella di vostro interesse.

Riprendendo l'esempio precedente, poniamo che si vogliano esportare i dati del centro diurno; la procedura che si deve seguire è la seguente.

- Doppio clic sulla cartella CDA.
- All'interno della cartella sono contenuti due file: "quest familiari cda" e "traccia utenti cda".
- Un clic su "quest familiari cda". Assicurarsi che nella casella "tipo file" sia selezionato "File dati EpiData (*.rec)" .
- Cliccare su "*apri*".

La finestra di dialogo *"Esporta dati"* appare.



- Cliccare sul repertorio giallo e scegliere la cartella dove salvare i dati esportati e cliccare su *“apri”*. La finestra “*Esporta dati”* appare nuovamente
- Controllare che su «*Seleziona record*», «*Tutti i record*» sia attivato
- Su «*Campi selezionati*», cancella i per le opzioni che non si desidera esportare
- Controllare che la casella «*salta record cancellati* » sia attivata
- Cliccare su “OK”

La finestra di dialogo *“Informazione”* si apre e indica quanti dossier (“attivi”) sono stati esportati e quanti dossier disattivati (“cancellati”) sono stati ignorati.

- Cliccare su “OK”

I dati sono ora esportati nella cartella precedentemente selezionata in un formato standard (Excel) utilizzabile con i più diffusi programmi di analisi dati.

4.5 Elaborazione dei dati raccolti e socializzazione dei risultati

Le informazioni raccolte tramite i questionari di soddisfazione sono digitalizzabili attraverso il software appositamente predisposto che ha il compito di rendere disponibile un archivio in formato standard. I dati così codificati sono leggibili grazie a un programma di analisi statistica o semplicemente un foglio elettronico. Le elaborazioni ottenibili sono molteplici e nel rapporto ne è stata fornita un'anticipazione.

In prima battuta, oltre a stimatori di posizione sui punteggi cardinali di gradimento complessivo (media, valore minimo/massimo) e di variabilità (deviazione standard), alle distribuzioni di frequenza sulle variabili ordinali, le valutazioni espresse tramite le risposte a modalità aperta sono codificabili attraverso l'utilizzo di parole chiave.

Affrontare una riflessione partecipata sui principali aspetti trattati nel questionario può portare al risultato di individuare delle aree di punteggio nelle quali collocare i diversi item (un'area critica, un'area di qualità accettabile, un'area di eccellenza).

È naturalmente possibile intraprendere analisi più sofisticate cercando di mettere in relazione le variabili all'interno dello stesso gruppo di rispondenti:

i) calcolando l'indice di correlazione "r" o svolgendo un'analisi fattoriale in grado di evidenziare i fattori di qualità che incidono maggiormente sul grado di soddisfazione complessiva;
ii) creando un punteggio additivo relativo a una dimensione di qualità rilevata attraverso due o più variabili indicatore;
iii) associando ai punteggi un peso in base all'importanza attribuita da un gruppo di esperti;
iv) rappresentando graficamente il posizionamento dei giudizi di soddisfazione.

Ulteriori possibilità sono da ricercare nei confronti tra gruppi di rispondenti (utenti, familiari) sulla stessa variabile indicatore e nei raccordi fra dati emersi dalla rilevazione e quelli eventualmente ricavati dalla raccolta dei reclami.

Occorre tuttavia pensare alla capacità e interesse dei destinatari delle informazioni nel trattare le analisi proposte e farne buon uso. In generale, per analizzare e commentare i dati è opportuno esplicitare a priori delle aspettative sui risultati (es. proporzione di familiari molto soddisfatti su un dato aspetto del servizio). Discutere eventuali differenze tra previsioni e dati rilevati può contribuire a uscire dalla trappola dell'autoreferenzialità.

Una nota di cautela tecnica che sottolineiamo è riferita alla numerosità del campione e dei sottogruppi di casi sottoposti alla singola analisi, sia perché si rischia di presentare una sintesi fuorviante del collettivo (ad esempio calcolando un valore medio su soli 5 casi) sia perché il risultato di uno stimatore può rivelarsi instabile fino a che non si superi una determinata soglia (orientativamente 20-30 casi).

È necessario prevedere che le analisi sui dati raccolti possano avere ricadute utili per i diversi livelli istituzionali coinvolti nella rilevazione e cioè per:

- la **Regione**, interessata a evidenziare dei confronti tra indici per zona ovvero il giudizio sul rapporto tra il costo a carico delle famiglie e la qualità del servizio erogato;
- la **Zona** o la **Società della Salute**, interessate a confrontare le valutazioni tra le singole strutture ovvero il grado di diffusione di strumenti come la Carta dei Servizi;
- la **Struttura**, interessata in modo particolare alle valutazioni negative su singoli domande, ma anche ai suggerimenti contenuti nelle risposte a modalità aperte

- l'**Utenza** e le organizzazioni di tutela/rappresentanza del territorio, interessate soprattutto agli impegni di miglioramento che si propone di mettere in campo visti i risultati della rilevazione.

L'analisi svolta sui dati raccolti deve essere socializzata all'interno della struttura coinvolta, dell'ente regolatore e del territorio. Sono da prevedere dei momenti di **restituzione dei risultati** dell'indagine di soddisfazione, affinché questi diventino punto di partenza per introdurre strategie e azioni di miglioramento condivise. Se possibile, coinvolgendo gli utenti e le loro famiglie. Per le RSA e per i Centro diurni con un'utenza relativamente stabile si propone come principale modalità l'organizzazione di assemblee e riunioni con utenti e/o familiari e i referenti delle associazioni di volontariato/tutela, in cui i responsabili del'ente regolatore e della struttura possano esporre non solo numeri e tabelle, ma soprattutto un'analisi dei problemi evidenziati e presentare delle proposte migliorative del servizio secondo la filosofia operativa della Carta dei Servizi. In alternativa si può pensare a una restituzione più "fredda" mediante una comunicazione scritta da inviare a tutti gli interessati.

A ciò si può aggiungere l'utilizzo sempre più accessibile delle nuove tecnologie e quindi di internet ove, ormai in maniera semplice e poco costosa, è possibile pubblicare dei rapporti indirizzati a una platea di lettori vasta e indifferenziata.

4.6 Questionari e tracce di intervista

I questionari sono scaricabili in formato digitale (documento pdf) dal sito della Regione Toscana http://www.regione.toscana.it/regione/export/RT/sito-RT/Contenuti/sezioni/sociale/visualizza_asset.html_1253764395.html.
Vanno personalizzati inserendo i loghi dell'Ente regolatore e dell'Ente gestore del servizio e specificando le istruzioni per la restituzione.

5. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI WEB

- Azzone G., Dente B. (a cura di) (1999), “Valutare per governare”, ETAS, Milano
- Barbanoti G., De Cecco G., Rossi G. (2001), “Strutture per anziani. Gestire la qualità del servizio”, Carocci, Roma
- Bertin G., Porchia S. (2000), ”La valutazione”, in “Quaderni del Centro nazionale di documentazione ed analisi per l’Infanzia e l’Adolescenza”, 15, marzo
- Bertin G. (2007), “Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari” , FrancoAngeli, Milano
- Bezzi C., Palombo M. (1995), “Questionario e dintorni”, Arnaud-Gamma, Firenze
- Bezzi C. (2001), “La valutazione dei servizi alla persona”, Crace, Perugia
- Bezzi C. (2001), “Il disegno della ricerca valutativa”, FrancoAngeli, Milano
- Bezzi et alii, (2006), “Valutazione in azione. Lezioni apprese da casi concreti”, FrancoAngeli, Milano
- Bortolotti A., Maino G. (2003), “La carta dei servizi”, ed. Carocci Faber, Roma
- Camposanto C. (a cura di) (2007), “Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari”, FrancoAngeli, Milano
- Cavanna F. (2007), “Management e governance nelle residenze sanitarie assistenziali”, Maggioli Editore, Sant’Arcangelo di Romagna
- De Ambrogio U. (2000), “La rilevazione della qualità percepita”, in Ranci Ortigosa E. (a cura di), “La valutazione di qualità nei servizi sanitari”, FrancoAngeli, Milano
- De Ambrogio U. (2003), “Valutare gli interventi e le politiche sociali”, Carocci Faber, Roma
- De Ambrogio U., “I questionari di soddisfazione” (1996), in De Ambrogio U., Setti Bassanini M.C. (a cura di), “Tutela dei cittadini e qualità dei servizi”, FrancoAngeli, Milano
- De Ambrogio U., Lo Schiavo L. (2004), “Piccoli equivoci senza importanza”, in “Prospettive sociali e sanitarie”, 14-2004
- Donabedian A. (1990), “La qualità dell’assistenza sanitaria: primo volume”, Firenze, NIS
- Donzelli A. (1997), “Sistemi sanitari a confronto. Efficacia, costi e qualità percepita”, Franco Angeli, Milano
- Ferrario P., Bianchi M., Quaia L. (2002), “La qualità nei servizi socio-sanitari: processi di costruzione della Carta dei servizi in una RSA”, Carocci Faber
- Fosti G., Tognetti S. (2002), “Qualità e orientamento al cliente nei servizi di assistenza domiciliare per anziani”, FrancoAngeli, Milano
- Franci A., Corsi M. (2006), “Una valutazione olistica della soddisfazione nelle residenze per anziani” , Universita’ degli Studi di Urbino “Carlo Bo” Centro Studi Organizzazioni, Urbino
- Franci A., Corsi M. (2004), “La soddisfazione per il lavoro e le sue componenti nei servizi residenziali per anziani”, Edizioni Summa, Padova
- Giuliani V., Giachi B. (2002), “Linee guida per la qualità dei servizi sociali”, Quaderno 1, Associazione Qualitàsociale e ISFOL
- Leone L., Vecchi G. (a cura di) (2003), “Valutazione 2002. Pratiche di valutazione in Italia: consolidamenti, ripensamenti, e nuovi ambiti di riflessione”, Franco Angeli, Milano
- Morosini P. (2000), “La valutazione dei servizi alla persona”, Giada, Perugina
- Palumbo M. (2001), *Il processo di valutazione*, FrancoAngeli, Milano
- Pignatto A., Regazzo C. (2002) “Organizzazione e qualità nei servizi sociosanitari”, Carocci, Roma
- Piva Toniolo P. (2002), “Buone pratiche per la qualità sociale”, Ediesse
- Pompei A. (1999), “Il cittadino nei percorsi di qualità”, in Fazzi L., Messora E. (a cura di) “Modelli di welfare mix”, FrancoAngeli, Milano

- Ranci Ortigosa E. (a cura di) (2000), "La valutazione di qualità nei servizi sanitari", Franco Angeli, Milano
- Renzi M.F. (2007), "La misurazione della customer satisfaction nella Pubblica Amministrazione: aspetti metodologici e limiti di applicazione", http://saperi.forumpa.it
- Scanagatta S., Segatto B. (2008), "La frontiera della cittadinanza nei servizi sociali", Erickson, Trento
- Stame N. (1998), "L'esperienza della valutazione", SEAM, Roma
- Tanese A., Negro G., Gramigna A. (a cura di) (2003), "La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche", I Manuali, Dipartimento della funzione pubblica e Presidenza del Consiglio dei Ministri, http://www.cantieripa.it
- Tomei G. (2004), "Valutazione partecipata della qualità", Franco Angeli, Milano
- Zeithaml Valarie A., Parasuraman A., Berry Leonard L. (2000), *Servire qualità,* McGraw-Hill

ARTICOLI pubblicati su PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE

- *La qualità percepita dagli utenti*, n. 4, 1 marzo 1996
- *La valutazione e il controllo di qualità nei servizi per gli anziani*, n. 4, 1 marzo 1996
- *La soddisfazione dei cittadini*, n. 19, 1 novembre 1996
- *Qualità perché, per chi, come: una sfida aperta nel sistema dei servizi socio-sanitari*, n. 12, 1 luglio 1997
- *Ancora sulla qualità nelle strutture per anziani. Un contributo sperimentale*, n. 6, 1 aprile 1998
- *Lo sviluppo della qualità nei servizi sociali europei*, n. 19, 1 novembre 1999
- *La costruzione degli standard di qualità nei servizi sociali*, n. 21-22, 1 dicembre-15 dicembre 1999
- *L'analisi della qualità percepita nei servizi sociali*, n. 21 - 22, 1 dicembre-15 dicembre 1999
- *L'analisi della qualità percepita nei servizi sociali*, n. 21-22, 1-15 dicembre 1999
- *Migliorare la qualità nei servizi*, n. 2, 1 febbraio 2000
- *Qualità nei servizi sociali*, n. 3, 15 febbraio 2000
- *Valutazione partecipata nei servizi*, n. 6, 1 aprile 2001
- *Servizi sociali e sistemi di qualità*, n. 4, 1 marzo 2002
- *La qualità della relazione in casa di riposo*, n. 2, 1 febbraio 2003
- *Le qualità sociali nelle strutture socio-sanitarie*, n. 7, 15 aprile 2004
- *Qualità percepita in sanità*, n. 7, 15 aprile 2004
- *Speciale: Valutazione partecipata della qualità di interventi e servizi*, n. 14, 1-15 agosto 2004
- *Qualità professionale e accreditamento*, n. 14, 1-15 agosto 2007
- *Un'esperienza di valutazione dei servizi*, n. 10, 1 giugno 2007
- *La soddisfazione dei genitori utenti di asili nido*, n. 4, 1 marzo 2008

ULTERIORI RIFERIMENTI WEB

http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=248&menu=coinvolgimento

- Laboratorio 1 "Come definire e utilizzare gli standard di qualità"
- Laboratorio 3 "Come coinvolgere il personale sulla Carta dei Servizi"
- Laboratorio 4 "Il sistema di gestione dei reclami: riferimenti metodologici ed esperienze"

http://www.urp.it/Sezione.jsp?titolo=Le%20politiche%20dell%27ascolto%20e%20la%20valutazione%20di%20soddisfazione%20degli%20utenti&idSezione=1055&idSezioneRif=1032#INDICE

http://www.meslab.sssup.it/_sito/index.php?page=report-2007

http://www.famiglia.regione.lombardia.it/bss/12902.asp

http://it.wikipedia.org/wiki/Soddisfazione_del_cliente.