

Università di Pisa



**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA MEDICA
MOLECOLARE E DELL'AREA CRITICA**

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN

PSICOLOGIA CLINICA E DELLA SALUTE

TESI DI LAUREA

“CHE TEMPO FA?”

**INDAGINE SUL GRADO DI SODDISFAZIONE DEI SERVIZI OFFERTI
DAL CENTRO BASAGLIA: L'OPINIONE DEI PAZIENTI**



Jack Vettriano, "Mad Dogs"

Candidata
Daniela Sergianni

Relatrice
Maria Stella Aloisi

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

A mia madre e a tutta la sua forza.



*“Cominciate col fare ciò che è necessario,
poi ciò che è possibile e all'improvviso
vi sorprenderete a fare l'impossibile”.*

San Francesco D'Assisi

INDICE

Abstract

Introduzione

I PARTE

IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE ITALIANO

Capitolo I- L'evoluzione storica del Sistema Sanitario Nazionale italiano

1.1 Cenni storici

1.2 La Sanità dopo l'entrata in vigore della Carta Costituzionale

1.3 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

1.4 La disciplina vigente: la costituzione del Piano Sanitario Nazionale (PSN)

Capitolo II- La tutela della Salute Mentale pubblica in Italia: Storia e Organizzazione Istituzionale

2.1 Cenni storici

2.2 L'evoluzione dell'assistenza psichiatrica in Italia

2.3 La Qualità della vita: storia ed evoluzione del concetto

2.4 La valutazione della Qualità della vita (QOL)

II PARTE

L'IMPORTANZA DELLA VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI IN AMBITO SANITARIO

Capitolo III- Il concetto di Soddisfazione: “La Patient Satisfaction”

3.1 Il concetto di Soddisfazione

3.2 Dalla “Customer Satisfaction” (CS) al concetto di “Patient Satisfaction”

3.2.1. Modelli di Gestione della Customer Satisfaction

3.3 La Valutazione e gli Strumenti della Soddisfazione

3.3.1. Esempi di indagini svolte sulla Patient Satisfaction sul territorio nazionale in ambito sanitario

Studio sperimentale

Riferimenti bibliografici

Sitografia

“ Che tempo fa ?”

***Indagine sul grado di soddisfazione dei servizi offerti dal Centro
Basaglia: l'opinione dei pazienti***

Abstract

Lo studio della soddisfazione dell'utente rispetto ai servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale è previsto e regolato, da specifici Decreti Legislativi per garantire ai cittadini, la massima qualità d'assistenza sanitaria, al fine di migliorare sempre di più la loro qualità di vita, impedire la standardizzazione e la spersonalizzazione delle cure sanitarie favorendo una partecipazione attiva fra l'assistito e tutta l'equipe medica. Misurare la soddisfazione però, presenta numerose difficoltà poiché il termine pone le sue radici in una nozione teorica complessa e soggettiva, definita dall'insieme delle aspettative e delle percezioni individuali. Questo lavoro illustra i risultati odierni sul grado di soddisfazione dei pazienti ricoverati presso il Centro Basaglia rilevata attraverso la somministrazione del *General Satisfaction Questionnaire GSQ-8 For Use with Psychiatric In-Patients (GSQ-8)*. Inoltre è stato somministrato agli stessi pazienti il *Brief Illness Perception Questionnaire (BRIEF-IPQ)* per osservare la relazione fra il grado di soddisfazione dei servizi e la percezione di malattia negli stessi soggetti.

Dai risultati riportati è possibile evincere una correlazione positiva fra la soddisfazione e la percezione di malattia; al crescere dell'una, infatti, è possibile osservare un punteggio maggiore anche in riferimento all'altra. Questi risultati sono, però, da considerarsi limitati a causa della scarsa rappresentatività del campione costituito da sedici pazienti poiché tale rilevazione è stata attuata da Gennaio 2015. Ciò nonostante è comunque possibile riscontrare un livello di soddisfazione buono da parte dei pazienti soprattutto per quanto riguarda l'accoglienza, l'ascolto e il calore degli operatori socio-sanitari.

Introduzione

Questo lavoro è stato realizzato con l'obiettivo di testimoniare l'importanza della valutazione del grado di soddisfazione degli utenti in ambito sanitario, e più precisamente nella salute mentale, da sempre ritenuta priva di una connotazione scientifica, non degna della giusta attenzione e soprattutto di un sistema adeguato di cure e servizi per i pazienti stessi.

Tale scopo è stato portato a termine attraverso la presentazione dell'evoluzione storica che portò l'Italia alla formazione del Sistema Sanitario Nazionale fino alla costituzione dei primi Piani Sanitari i quali regolano e controllano l'attuazione dei processi di valutazione della soddisfazione degli utenti. Nel dettaglio sarà presentato l'exkursus storico che ha reso possibile la presa in carico dei pazienti psichiatrici attraverso il riconoscimento della malattia mentale come la risultante di fattori psicologici, sociali, biologici, fisiologici e morfologici del Sistema Nervoso Centrale. Grazie allo sviluppo di tecniche di neuroimaging e indagini neuro-metaboliche e biologiche sono state finalmente abbandonate le false credenze in merito alla malattia mentale, quali quelle di "espressione dell'opera divina". Questo processo di rivoluzione ha permesso di spostare l'interesse dalla cura della malattia alla considerazione e partecipazione attiva del paziente nel processo di cura attraverso l'ascolto della sua storia, dei suoi bisogni, delle sue percezioni, al fine di garantire il costante miglioramento, in termini di qualità di vita, del sistema di cure. E' a tal proposito che l'elaborato presenta un paragrafo dedicato nello specifico al concetto di qualità di vita e all'importanza della sua valutazione presentando i principali strumenti utilizzati in ambito sanitario.

Nella seconda parte dell'elaborato, l'attenzione si concentra maggiormente sul concetto di soddisfazione, analizzandolo teoricamente e presentando i modelli che cercano di connotarlo e renderlo utilizzabile al fine di apportare al processo di valutazione strumenti validi e affidabili. Prima di presentare l'indagine svolta, oggetto di trattazione della seguente tesi, sono stati presentati i principali studi sulla rilevazione della soddisfazione in ambito sanitario sul territorio nazionale a dimostrazione della sua importanza. I risultati di queste indagini, infatti, permettono, oltre che monitorare il livello di soddisfazione del paziente, la sua partecipazione attiva nei confronti del sistema di cure, di riformulare interventi, trattamenti e l'organizzazione della struttura ospitante. Si dimostra pertanto essere un'indagine importante da ogni punto di vista per tutelare e garantire un costante miglioramento della qualità assistenziale. Nella parte finale della Tesi sarà presentato lo studio di rilevazione del grado di soddisfazione dei pazienti ricoverati presso il "Centro Basaglia" svolta a partire da Gennaio 2015.

Capitolo I

L'Evoluzione storica del Sistema Sanitario Nazionale italiano

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti (...)”.

Art. 32 Costituzione italiana



In questo primo capitolo saranno presentate a ritroso, le tappe fondamentali che hanno reso possibile lo sviluppo e l'applicazione concreta del Sistema Sanitario Nazionale italiano (SSN) partendo dagli albori dell'Unità d'Italia fino ad arrivare alla costituzione dei Piani Sanitari Nazionali (PSN) più recenti al fine di testimoniare l'esigenza e l'attenzione posta dallo Stato e dalle sue politiche nei confronti della salute in generale e di quella mentale.

1.1. Cenni storici

La storia della Sanità italiana è costituita da un processo lungo e molto articolato. Prima di giungere, infatti, alla creazione di un Sistema Sanitario Nazionale fondato sul rispetto dei Diritti Umani, sono trascorsi molti anni durante i quali è stato possibile assistere a notevoli cambiamenti in termini di progresso e di innovazione. Per avere una chiara visione dell'organizzazione sanitaria odierna è necessario prendere in considerazione gli eventi che hanno preceduto la realtà attuale al fine di comprendere come si è giunti all'attuazione di un'Istituzione Sanitaria pubblica fondata sui Principi di Tutela della Salute¹. Le date più rilevanti in tal senso, sono il **1861** anno dell'Unità d'Italia, e il **1948**, anno in cui entrò in vigore la Costituzione della Repubblica Italiana. A seguito dell'unificazione nazionale e la successiva creazione del Regno d'Italia infatti, l'organizzazione sanitaria venne affidata al Ministero dell'Interno a livello centrale, mentre a livello locale ai prefetti e sindaci. Nel 1888 fu istituita la Direzione Generale per la Sanità la quale assunse competenze e responsabilità che saranno conservate fino al 1945, ultimo anno in cui fu attiva e funzionante. Con la nascita dell'unità territoriale italiana emerse l'esigenza di uniformare su tutto lo stesso territorio, la legislazione in materia di salute poiché l'assistenza medica conservava ancora le caratteristiche di un'attività caritatevole e sostenuta, sotto il profilo finanziario, da lasciti e da opere di beneficenza.

¹ PODESVA SHARON, *Manuale di legislazione sanitaria*. Ordinamento, organizzazione, personale e attività di prestazione del SSN. Aggiornato alla legge di stabilità 2013, CaP. 1

In seguito, con la **L. 17 luglio 1890, n. 6972** meglio nota come “**Legge Crispi**”, si ebbe la più importante svolta rivoluzionaria in ambito sanitario, poiché con tale provvedimento gli ospedali e le case di riposo furono trasformati da enti privati in Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficienza (IPAB). Negli anni del periodo fascista fu istituito un sistema assicurativo-previdenziale che assicurò l’assistenza sanitaria ai lavoratori: le cosiddette “casse mutue”, un sistema basato su di un regime di assicurazione per categorie che garantiva l’assistenza sanitaria ai soli soggetti iscritti come l’INAIL (Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro), l’INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) e l’ENPAS (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i dipendenti Statati). ²Con il **Decreto 12 luglio 1945, n. 417** fu infine istituito l’Alto Commissariato per l’Igiene e la Sanità (ACIS) la quale subentrò alla Direzione Generale per la Sanità e fu deputata allo svolgimento di funzioni comprendenti: *“La Tutela della Sanità pubblica, il coordinamento e la vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti che hanno lo scopo di prevenire e combattere le malattie sociali”*.³

Con l’entrata in vigore della Costituzione, invece, sono riconosciuti per la prima volta diritti in materia di salute e della sua tutela per tutti i cittadini italiani da parte della Repubblica come suo fondamentale principio e diritto individuale nell’interesse della collettività.

² LUCIO OLIVELLI, *Professione TSRM: norme econoscenze essenziali*, Spinger 2013 Cap.1 par.1.1.

³ DECRETO LUOGOTENENZIALE 12 LUGLIO 1945, N. 417 *Istituzione dell'Alto Commissariato per l'igiene e la Sanità' pubblica.* (045U0417) (GU n.144 del 31-7-1945). (<http://www.gazzettaufficiale.it/>)

Di seguito gli articoli costituzionali più importanti in cui si fa riferimento a ciò⁴ :

Art. 2: *“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.”*

Art. 3: *“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.”*

Art.32: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

Art.38 : *“Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera.”*

Come si può dedurre è l'Art.32 della Costituzione che più degli altri puntualizza espressamente che la tutela della salute è affidata alla Repubblica Italiana diventando, non solo un valore costituzionale riferibile al singolo cittadino, ma alla collettività nazionale, universalmente considerata.

⁴ <http://www.governo.it/Governo/Costituzione/principi.html>

1.2. La Sanità dopo l'entrata in vigore della Costituzione

I cambiamenti concreti a seguito dell'entrata in vigore della carta costituzionale non furono immediati, ma fu necessario, attendere circa trent'anni, prima di avere la piena attuazione dell'intero impianto organizzativo al fine di garantire la tutela della sanità ai rispettivi cittadini italiani. Il SSN, infatti, fu istituito dalla **L. 23 dicembre 1978, n. 833**⁵ che costituisce ancora oggi, pur con i numerosi interventi di riforma che si sono susseguiti nel tempo, l'impianto base di riferimento. Le tappe principali che hanno portato e reso possibile la sua attuazione sono di seguito riportate. Prima fra tutte troviamo la **L. 13 marzo 1958, n. 296** che sancisce l'effettiva Costituzione del Ministero della Sanità come descritto nell'**Art. 1**⁶ che regola l'Istituzione del “ *Ministero della Sanità con il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica. Per il conseguimento della finalità predetta spettano al Ministero della Sanità le seguenti attribuzioni:*

- 1) *Provvedere ai servizi sanitari attribuiti dalle leggi alle Amministrazioni civili dello Stato, ferme restando le attribuzioni delle Amministrazioni con ordinamento autonomo e quelle esercitate dal Ministero del lavoro e dalla previdenza sociale per mezzo dell'Ispettorato del lavoro;*

- 2) *Sovrintendere ai servizi sanitari svolti dalle Amministrazioni autonome dello Stato e dagli Enti pubblici, provvedendo anche al coordinamento, eventualmente necessario, per adeguare l'organizzazione e l'efficienza dei servizi stessi alle esigenze della salute pubblica;*

⁵ <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-12-23;833>

⁶ DECRETO LUOGOTENENZIALE 12 LUGLIO 1945, N. 417 *Istituzione dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica.* (045U0417) (GU n.144 del 31-7-1945).(<http://www.gazzettaufficiale.it/>)

- 3) *Emanare, per la tutela della salute pubblica, istruzioni obbligatorie per tutte le Amministrazioni pubbliche che provvedono a servizi sanitari;*

- 4) *Provvedere alla vigilanza tecnica sulle organizzazioni, enti e istituti che svolgano attività sanitaria e non rientrino tra quelli previsti dalle disposizioni precedenti. (...) ”.*

Fu istituito, a livello centrale, il Consiglio e l'Istituto Superiore di Sanità, mentre a livello periferico operavano gli uffici dei medici provinciali e sanitari dei comuni.

Il **1968** rappresenta l'anno della riforma ospedaliera e la promulgazione di due leggi di estrema rilevanza, quali: la **Legge Mariotti n. 132 del 12 febbraio**⁷ concernente i compiti e i concetti dell'ente e dell'assistenza ospedaliera e, infine, la **L. n. 108 del 17 febbraio** che descrive le norme per l'elezione dei consigli regionali tutt'ora vigente. Grazie a tale riforma gli ospedali divennero enti autonomi tutti con la stessa organizzazione e indirizzati allo svolgimento di attività di ricovero e di cura che prevedeva inoltre l'attuazione di un piano assistenziale ospedaliero da raccordare con i piani regionali.

Nel **1974** abbiamo, con la **L. 17 agosto n. 386**⁸ modificata dal **D.L. 8 Luglio 1974, n. 264**, la regolamentazione per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri e il finanziamento della spesa ospedaliera. Infine con la **L. 13 maggio 1978, n. 180**⁹ è emanata la regolamentazione di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori che sanciscono l'importanza di misure preventive nella salute mentale.

⁷ <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1968-02-12;132>

⁸ <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1974;386~art9>

⁹ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf

1.3. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e creazione delle Unità Sanitarie Locali (USL)

Come accennato nel paragrafo precedente, il SSN fu istituito con la promulgazione della **L. 23 dicembre 1978, n. 833** nella quale viene definito come: ¹⁰ *“Il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati al mantenimento della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l’uguaglianza di tutti i cittadini nei confronti del Servizio”*. Tale definizione mostra la messa a punto dei principi di unitarietà e universalità permettendo il superamento degli enti mutualistici, un miglior coordinamento tra ospedali e territorio e l’introduzione di attività preventive e riabilitative come sancito nei principi espressi nella Costituzione del Servizio Sanitario Nazionale:

“La Repubblica¹¹ tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. (...). L’attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento e il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

¹⁰ Titolo I: Il servizio Sanitario Nazionale, Capo I – I Principi

¹¹ Titolo I: Il servizio Sanitario Nazionale, Capo I – I Principi (Sottoparagrafo: giurisprudenza)
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_231_allegato.txt

I **Principi Fondamentali** su cui si basa il SSN sono ispirati all' **Art. 32** della Costituzione e sono i seguenti ¹²:

PRINCIPIO DI UNIVERSALITA'

Sono garantite prestazioni sanitarie a tutti i cittadini senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito.

PRINCIPIO DI UGUAGLIANZA

Tutti a parità di bisogno hanno diritto alle medesime prestazioni rispetto ai livelli essenziali di assistenza.

PRINCIPIO DI EQUITÀ' DI ACCESSO ALLA PRESTAZIONE E GLOBALITÀ' DELLA COPERTURA ASSISTENZIALE

L'obiettivo del SSN non prevede soltanto l'erogazione dell'assistenza nei confronti del singolo utente, ma la cura del benessere psico-fisico della persona svolgendo attività di prevenzione, cura e riabilitazione. Tale principio di globalità ha trovato piena attuazione nell'ordinamento italiano attraverso l'introduzione dei cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che saranno descritti e presentati nel paragrafo successivo.

¹² ROBERTO EGIDI, *The Italian National Health Service: general profile*, *Dereito* Vol. 20, n.° 2: 43-63 (2011) ISSN 1132-9947.

Per ciò che concerne gli **obiettivi** del SSN dobbiamo prendere visione dell' **Art. 2** della **L. n. 833/1978**¹³ nel quale vengono così presentati:

- 1) *La formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;*
- 2) *La prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;*
- 3) *La diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;*
- 4) *La riabilitazione degli stati d'invalidità e d'inabilità somatica e psichica;*
- 5) *La promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;*
- 6) *L'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;*
- 7) *Una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;*
- 8) *La formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale dei servizio sanitario nazionale.*

¹³http://www.governo.it/Presidenza/USRI/ufficio_studi/normativa/obiettivi

Il Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito delle sue **competenze** persegue¹⁴ :

- a) *Il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese; la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;*

- b) *Le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;*

- c) *La promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;*

- d) *La tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;*

- e) ***La tutela della salute mentale**, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici.*”

¹⁴ http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/competenze

¹⁵Con la creazione istituzionale del SSN è possibile osservare, fra le innovazioni più rilevanti, il decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale a livello regionale e locale con l'istituzione delle USL (Unità Sanitaria Locale) che si configurò come struttura operativa dei Comuni, competente in materia di:

- Educazione sanitaria
- Prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche
- Protezione sanitaria materna - infantile, assistenza pediatrica e tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile
- Igiene e medicina scolastica e del lavoro
- Assistenza medica generica, specialistica ed infermieristica, domiciliare e ambulatoriale
- Riabilitazione

Nonostante i buoni propositi, l'impianto della prima riforma sanitaria entrò ben presto in collisione con il sistema economico-finanziario soprattutto a causa dei crescenti costi del SSN divenuti incontrollabili. Inoltre si andava diffondendo un'insoddisfazione generale da parte dei cittadini inerente la qualità delle prestazioni ricevute in quanto spesso scadenti in virtù dell'incremento della domanda e delle difficoltà delle Regioni di fornire risposte adeguate alle esigenze dei propri cittadini.

¹⁵ L.23 dicembre 1978, n° 833, Art. 14 (Unità Sanitarie Locali), Par. 3.

Ciò portò all'esigenza di provvedere ad una seconda riforma sanitaria delineata, in una prima fase, nel biennio **1992-1993** con il **D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502¹⁶** e con il **D. Lgs 517/1993** che vedeva come punti cardine:

- a) *L'estromissione totale dei Comuni dalla gestione della sanità.*
- b) *Forte riduzione del numero delle USL sul territorio nazionale (da 600 a 200 circa).*
- c) *Trasformazione delle unità sanitarie in Aziende USL e Aziende ospedaliere dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale-contabile, gestionale e tecnica.*
- d) *Creazione di un nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria basato sulla remunerazione delle prestazioni effettuate con tariffe predeterminate dalle Regioni.*
- e) *Previsione della separazione ai fini contabili e finanziari degli interventi sanitari da quelli socio-assistenziali: i primi a carico delle aziende sanitarie, i secondi di competenza degli enti locali.*
- f) *Introduzione del principio di libera scelta del luogo di cura da parte del cittadino in quanto la spesa viene pagata secondo un tariffario nazionale individuato dal Ministero e dalle Regioni.*
- g) *Adozione di adeguati sistemi di verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni erogate.*

¹⁶ Decreto Legislativo 502/92 (1992). Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421. Gazzetta Ufficiale n. 305, Supplemento ordinario del 30/12/1992.

Tale processo di trasformazione si concluse con una terza riforma sanitaria sancita dal **D. Lgs 19 giugno 1999, n.229¹⁷** meglio conosciuto come “**Decreto Bindi**” dal nome dell’allora Ministro della Sanità Rosy Bindi con il quale si provvedeva a:

- a) Rafforzare la natura aziendale delle aziende sanitarie.
- b) Introdurre il concetto di autonomia imprenditoriale delle unità sanitarie locali e degli ospedali che si costituiscono aziende con personalità giuridica pubblica attraverso un atto aziendale che ne disciplinava l’organizzazione e il funzionamento.
- c) **Rafforzare l’introduzione di sistemi di responsabilizzazione sui risultati.**

Nascono a seguito di tali riforme, le odierne ASL (Azienda Sanitaria Locale) le quali continuano ad essere strutture pubbliche, ma risultano organizzate secondo un modello aziendale con meccanismi di flessibilità, autonomia imprenditoriale e responsabilità diretta della dirigenza. Diventa inoltre compito delle ASL programmare le attività in base ai bisogni sanitari della zona, verificare e promuovere la qualità dei servizi erogati e assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza specialistica compresi quelli riabilitativi, di diagnostica strumentale e di laboratorio che costituiscono i cosiddetti **LEA**, ossia tutte le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale è obbligato ad assicurare a tutti i cittadini gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale.

¹⁷ Decreto Legislativo 229/99 (1999). Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale. Gazzetta Ufficiale n. 165, Supplemento ordinario n. 1332/L del 16 luglio 1999.

I LEA rappresentano, in sostanza, la tutela della salute da parte della Repubblica come sancito nell'Art. 32 della Costituzione con la finalità di garantire equità sociale per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e di recupero della salute in modo appropriato alle specifiche esigenze della persona.

A livello territoriale le ASL si diramano ulteriormente in presidi ospedalieri e distretti sanitari svolgendo principalmente attività e servizi per la prevenzione e/o la cura delle tossicodipendenze, per le patologie da HIV, per i disabili, anziani, e dove vengono anche coordinati i dipartimenti di **salute mentale** con funzione di prevenzione collettiva e sanità pubblica al fine di ridurre l'insorgenza di eventi morbosi allo scopo di eliminare i fattori di rischio.

Con il D. Lgs 229/99¹⁸ da un lato, è stata attribuita alle Regioni la responsabilità totale della programmazione e del governo in materia di Sanità, dall'altro sono stati recuperati spazi di intervento dei Comuni poiché esso svolge un importante ruolo di collaborazione con la Regione per ciò che concerne la formulazione delle strategie per l'assistenza più adeguate ai bisogni della popolazione locale e nella valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi d'intervento.

¹⁸ ROBERTO EGIDI, *The Italian National Health Service: General Profile*, ©Dereito Vol. 20, n.° 2: 43-63 (2011) Par.1-4 pag.44-54.

1.4 La disciplina vigente: la costituzione del Piano Sanitario Nazionale

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) previsto dall'**Art.1 D. lgs n. 502/1992**¹⁹, è lo strumento odierno attraverso il quale vengono programmati, organizzati e definiti gli obiettivi della tutela e salute pubblica, al fine di rendere il SSN coerente in termini di qualità, efficienza, e di garantire il corretto utilizzo delle risorse su tutto il territorio. Il PSN²⁰ è predisposto dal Governo, su proposta del Ministero della Salute tenendo conto delle proposte avanzate dalle Regioni, le commissioni parlamentari competenti e le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative; è adottato dal Governo entro il 30 Novembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, ha durata di 3 anni e indica anche le aree prioritarie d'intervento al fine di ridurre le diseguaglianze sociali nei confronti della salute, i livelli essenziali di assistenza da assicurare, così come il miglioramento continuo della sua qualità, e l'applicazione dei LEA con i criteri e gli indicatori di verifica degli stessi rispetto a quelli previsti. Anche le Regioni sono tenute ad adottare un piano sanitario, volto ad effettuare le scelte strategiche di medio termine e di sviluppo del servizio, anche prevedendo ulteriori obiettivi del servizio in relazione alle esigenze specifiche della popolazione regionale garantendo la partecipazione degli enti locali e delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali, degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale.

¹⁹ DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (*GU n.305 del 30-12-1992 - Suppl. Ordinario n. 137*)
Entrata in vigore del decreto: 1-1-1993.

²⁰ VINCENZO ANTONELLI, *Breve storia del Servizio sanitario nazionale*, Par.3.1: La Pianificazione.

E' proprio grazie alla stesura dei primi piani sanitari che è possibile trovare il punto di partenza per ciò che concerne la necessità di valutare la soddisfazione dei pazienti in merito alle prestazioni sanitarie ricevute.

La prima manifestazione in assoluto, infatti, è descritta nel **D. L. n. 502 del 1992** nel quale troviamo espressamente sancito che ²¹“*spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e (...) la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.*” Sempre nel medesimo provvedimento, all'art. 10 e 14 è possibile trovare le regolamentazioni necessarie al fine di promuovere il controllo di un servizio di qualità tenendo in considerazione la partecipazione attiva e la tutela dei diritti dei cittadini.

Con l'emanazione del **D.P.C.M. del 27 gennaio 1994**, ²² la partecipazione dei cittadini nel valutare la qualità e la soddisfazione personale con riferimento alla prestazione sanitaria ricevuta, diventa più concreta attraverso la compilazione di schede e questionari cartacei che sono inviati direttamente dagli erogatori del servizio. I risultati delle verifiche effettuate sono pubblicati mediante un'apposita relazione al fine di identificare le misure più idonee per accrescere l'efficienza dei servizi e il raggiungimento degli obiettivi di pubblico interesse.

²³Anche durante l'estensione dei PSN del **1998-2000** e **2007-2009** è ritenuto di estrema importanza prevedere un sistema di garanzia di elevati livelli di qualità dell'assistenza, in conformità a un programma nazionale della qualità finalizzato a valutare e promuovere un'assistenza sanitaria di qualità coinvolgendo la dimensione relazionale, professionale e quella organizzativa- aziendale.

²¹ <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502> Art.2 Capoverso 2.

²² <http://www.agenzia.roma.it/documenti/norme/100.pdf> Par. 5, comma 1,2,3,4,5, Titolo I.

²³ PSN 1998-2000 Parte II: *Le strategie per il cambiamento* pag.79.

In particolar modo per quanto attiene alla **salute mentale**²⁴ è stata proposta l'elaborazione di uno specifico progetto che mira al raggiungimento di specifici obiettivi quali: migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali riducendo l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per tali problemi.

Con il passare degli anni è posta sempre più attenzione alla partecipazione concreta da parte del cittadino nel processo di **valutazione della soddisfazione della prestazione ricevuta**²⁵ in quanto, viene coinvolto attivamente attraverso un processo d'azione sociale grazie al quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenze sulle proprie vite e possibilità, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità della vita. Tutte queste attività sono descritte nel concetto definito "**empowerment**"²⁶. Tra i vari strumenti più utilizzati a tale proposito troviamo la **Carta dei servizi sanitari**²⁷ che rappresenta, oltre al principale strumento d'informazione circa l'organizzazione, le risorse e i progetti realizzati dell'ente erogatore, uno strumento che permette ai cittadini il controllo, in termini qualitativi circa l'erogazione dei servizi stessi. Ciò consente al comune cittadino di essere partecipe nella creazione di un sistema di cure incentrato sulla persona e sui propri bisogni e nello stesso tempo permette ai professionisti della salute di comprendere al meglio, come la malattia condiziona la vita dei pazienti per affrontare nei migliori dei modi la sintomatologia e la gestione della sua malattia.

²⁴ PSN 1998-2000 Parte I Obiettivo IV: *Rafforzare la tutela dei sogg più deboli*, pag.40.

²⁵ PSN 2011-2013 Cap. 1 Par. 1.2.4. *Rapporto con i cittadini e partecipazione degli utenti*, Pag. 14.

²⁶ PSN 2011-2013 Cap. 1 Par. 1.2.4. *Rapporto con i cittadini e partecipazione degli utenti*, Pag. 15-16.

²⁷ Direttiva Ciampi del 27/1/1994 *Principi sull' erogazione dei servizi pubblici*", Legge 8 novembre 2000 n°328.

Più recentemente è stato approvato e messo in atto dall'attuale Ministro della Sanità Beatrice Lorenzin il “**Patto sulla Salute 2014-2016**”²⁸ che sancisce fra i diversi obiettivi quelli di :

- a) Garantire la sostenibilità del SSN di fronte alle nuove sfide date dall'invecchiamento della popolazione, dall'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi e dalla medicina personalizzata.
- b) Ridurre gli sprechi e le inefficienze per reinvestire i risparmi nella salute e garantire a tutti l'accesso alle cure, ai farmaci e uno standard qualitativo di assistenza.
- c) Togliere prestazioni e cure ormai obsolete che continuano a gravare sui costi sostituendole con nuovi, moderni ed efficaci trattamenti per la risoluzione delle malattie favorendo l'umanizzazione delle cure.
- d) Riorganizzazione degli ospedali, potenziamento della medicina del territorio creando una rete d'assistenza molto più efficiente e capillare per evitare il ricorso inappropriato ai grandi ospedali.
- e) Revisione dei ticket per un sistema più equo ed efficiente; curare i pazienti a domicilio al fine di ridurre i costi e, nello stesso tempo, **migliorare la qualità del servizio.**

²⁸ http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%202016%20ODG.pdf pag.7.

Come si può dedurre dai PSN presentati è possibile confermare l'attenzione dimostrata da parte dello Stato nel promuovere una gestione dei servizi in condizioni di efficienza , qualità, efficacia , sicurezza e appropriatezza delle prestazioni erogate tenendo in considerazione la valutazione della soddisfazione soggettiva di ogni suo cittadino.

I risultati effettivamente raggiunti dal SSN rispetto agli obiettivi, sono valutati attraverso il “**Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria**” (SiVeAS) ²⁹ il quale si avvale della collaborazione di Enti esterni, di esperti qualificati e personale interno, per la creazione di strumenti necessari alla realizzazione delle sue molteplici attività. Per definire un percorso utile al raggiungimento dei propri obiettivi, il SiVeAS pianifica annualmente un programma di attività che prevedono³⁰ :

- a) **Monitoraggio dei LEA** attraverso l'utilizzo di appositi strumenti e metodologie per valutare l'assistenza sanitaria fornita, in termini di qualità, appropriatezza, costo e garanzia dell'uniformità di erogazione dell'assistenza sanitaria sul territorio.

- b) **Valutazione dell'efficienza gestionale** articolata in governo del personale e nell'acquisto di beni e servizi attraverso il monitoraggio dei prezzi e delle tariffe, oltre che delle sperimentazioni gestionali e delle innovazioni organizzative di sistema.

²⁹ <http://www.salute.gov.it/portale/> Sistema Nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria Par. 7.1.

³⁰ <http://www.salute.gov.it/portale/> Sistema Nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria Par. 7.1.2; 7.1.3;7.1.4.

c) **Promozione e valutazione dell'efficacia e della qualità** che si articola in:

-Valutazione degli esiti dei trattamenti per individuare aree critiche al fine di promuovere programmi di miglioramento della qualità assistenziale, monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo e valutare l'efficacia dell'introduzione di nuove tecnologie attraverso lo sviluppo di nuovi e aggiornati indicatori di esito.

-Valutazione della qualità percepita per definire strumenti conoscitivi che consentano di monitorare aspetti connessi alla qualità percepita dei servizi da parte degli utenti e dagli operatori, per supportare e adottare interventi migliorativi. È stato avviato a tal proposito un progetto che si pone l'obiettivo di definire e diffondere un programma a elevato standard metodologico per la valutazione della qualità percepita e sviluppare strumenti omogenei per la rilevazione della qualità percepita nei servizi di salute mentale.

Capitolo II

La Tutela della Salute Mentale pubblica in Italia: Storia e Organizzazione Istituzionale

(...)“Gli uomini devono sapere che il piacere, la letizia, il riso, gli scherzi e così pure il dolore, la pena, l’afflizione ed il pianto, da nessuna parte ci provengono se non dal cervello. E sempre per opera sua diventiamo folli ed usciamo di senno ed abbiamo incubi e terrori”.(...)

Corpus Ippocraticum, Ippocrate, “*Sulla Malattia Sacra*”



"Operando sulla pietra della pazzia" (1564-1638) Pieter Brueghel

In questo secondo capitolo saranno descritte nello specifico le tappe fondamentali attuate dal processo legislativo italiano per tutelare anche la salute mentale, da sempre sottostimata e ritenuta di scarsa importanza. Sarà evidenziato come lo stato italiano intende, non solo tutelare la salute mentale, ma interessarsi anche alla sua qualità, attraverso l’ascolto dell’opinione dei pazienti grazie alle indagini di valutazione del loro grado di soddisfazione. Sarà pertanto illustrato il concetto teorico di “Quality of life” misurato attraverso la valutazione del grado di soddisfazione dei pazienti rispetto ai trattamenti sanitari ricevuti.

2.1 Cenni storici

Da sempre l'essere umano ha dimostrato di avere poca simpatia nei confronti della diversità, da ciò che non tende alla consuetudine, a ciò che non è conforme alla norma. Come approcciarci a tali differenze? Come interpretarle? Come interagire con esse? Fin dall'antichità tutte le manifestazioni di pensiero e di comportamento "non-ordinari" sono state trattate e considerate come derivanti da maledizioni, stregonerie, riti e credenze magiche e/o religiose. Solo nel 400 a. C., con **Ippocrate**, anche il disturbo mentale trova la sua collocazione nella sfera della medicina. La sua "Teoria Umorale" infatti, rappresenta una prima ipotesi di spiegazione eziologica dell'insorgenza delle malattie, superando così la concezione superstiziosa, magica e religiosa. Ippocrate tentò di applicare tale teoria³¹ alla natura umana, definendo l'esistenza di quattro umori: Bile Nera, Bile Gialla, Sangue e Flegma. L'acqua corrisponderebbe al Flegma che ha sede nella testa, la terra corrisponderebbe alla bile nera che ha sede nella milza, il fuoco alla bile gialla che ha sede nel fegato, l'aria al sangue la cui sede è il cuore. Il buon funzionamento dell'organismo dipenderebbe dall'equilibrio di tali elementi per cui il prevalere dell'uno o dell'altro causerebbe una malattia. Oltre ad essere una teoria eziologica della malattia, la Teoria Umorale è una teoria della personalità poiché la predisposizione all'eccesso di uno dei quattro umori definirebbe un carattere, un temperamento dando origine, nel loro insieme, alla costituzione fisica dell'intero organismo. La medicina dell'antica Roma mantiene inizialmente l'interesse per la malattia mentale ma sarà in seguito contaminata dalla visione religiosa dell'uomo e dall'affermarsi della Demonologia³².

³¹ EDOARDO RE, *I Servizi di Salute Mentale: Storia e Organizzazione istituzionale*, Ottobre 2006 Par.1.1 pag5.

³² Tale parola deriva dal greco: δαίμων "demone" e λόγος "discorso". È un ramo della storia delle religioni che studia le credenze intorno agli spiriti o demoni a qualsiasi categoria essi appartengano. Nel cristianesimo la parola si riferisce esclusivamente agli spiriti maligni.

Nel **Medioevo** l'interpretazione predominante della malattia mentale resta l'essere posseduti da parte di spiriti malvagi o dal diavolo, o l'essere sottoposti al castigo divino e le donne affette da qualche disturbo erano frequentemente accusate di stregoneria e condotte sul rogo. Tuttavia, a scopo difensivo e di tutela della sicurezza pubblica, nascono i primi istituti di ricovero nei quali, tali individui, erano accolti e ospitati senza tener conto delle diversità di età, sesso, patologia e comportamenti. Il trattamento, infatti, consisteva in una mera sorveglianza.³³L'unica attenzione di carattere sanitario era posta nel riguardo della qualità degli ambienti, che si dovevano caratterizzare per le ampie finestre, l'altezza delle volte e per la presenza esterna di grandi cortili. Queste costruzioni dovevano, infatti, favorire l'aerazione degli ambienti rispondendo all'idea 'popolare' che gli spazi aperti avrebbero favorito la dispersione della malattia ed evitare il contagio.

Con l'avvento dell'**Illuminismo** si sviluppa un pensiero critico che permette l'apertura alla tecnica, all'osservazione empirica, alla sperimentazione, alla scienza e al riconoscimento dei diritti umani. Lo scontro con la religione, che aveva dominato il pensiero e la cultura fino a quel momento, porta gli uomini a porsi le stesse domande cercando però nuove risposte. La malattia mentale, di conseguenza, non è più legata al peccato, ma inizia ad essere considerata sofferenza umana collegata ad una patologia organica. Nel **1793**, in piena Rivoluzione Francese, il giovane medico Philippe Pinel, che lavorava al manicomio di Bicetre, inaugurò nuove modalità per trattare tali malati.

Tale metodologia, denominata "**Cura Morale**", prevedeva il rifiuto del ricorso alla violenza per il controllo dei pazienti, l'avvio di programmi di riabilitazione di socializzazione difendendo il rispetto dei diritti della dignità di ogni uomo.

³³ EDOARDO RE, *I Servizi di Salute Mentale: Storia e Organizzazione istituzionale*, Ottobre 2006 Par.1.1 pag.6.

Tale iniziativa diffuse l'idea che la malattia mentale potesse essere curata con modalità molto diverse rispetto al passato in cui l'attenzione venne riservata solo alla cura del controllo sociale.³⁴ Si deve tuttavia attendere un altro secolo e l'avvento del Positivismo, affinché venga istituito il “*Manicomio di Cura*” che andò a sostituire gli asili indifferenziati precedenti. In Italia tale modello resta immutato dal **1830** fino agli anni '70 del secolo successivo. I malati erano osservati in modo scientifico, curati sia con terapie fisiche come shock elettrici o insulinici, che con presidi farmacologici (per l'utilizzo degli psicofarmaci somministrati comunemente occorre attendere il **1953** con la nascita della Clorpromazina) e ospitati in reparti differenziati per patologie e condizioni cliniche. Tra la fine dell'**'800** e l'inizio del **'900** prendono forma le emergenti Scienze sociali e psicologiche che sviluppano i primi modelli di interpretazione della salute e della malattia ponendo le basi dell'attuale **Modello Bio-Psico-Sociale**³⁵, una strategia di approccio alla persona, sviluppato da Engel negli anni Ottanta che pone l'individuo malato al centro di un ampio sistema influenzato dalle variabili biologiche, psicologiche e sociali. Per comprendere e risolvere la malattia, il medico, infatti, deve occuparsi non solo dei problemi di funzioni e organi, ma deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo che fra loro interagiscono e sono in grado di influenzare l'evoluzione della malattia.

³⁴ EDOARDO RE, *I Servizi di Salute Mentale: Storia e Organizzazione istituzionale*, Ottobre 2006 Par.1.1 pag.7.

³⁵ GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, *Trattato di Psicologia della Salute*, Ed. Borla Parte I Cap.1 Par.1.

Il modello Bio-Psico-Sociale si contrappone al modello **Bio-Medico**³⁶ secondo il quale la malattia è riconducibile a variabili puramente biologiche che il medico deve identificare e correggere con interventi terapeutici mirati senza tenere minimamente in considerazione le peculiarità di ogni paziente. Inoltre, il modello Bio-Psico-Sociale rispetto a quello bio-medico, si orienta verso la salute globale intesa come realizzazione di sé, attribuendo molta importanza alla cura della prevenzione. Nella seconda metà del '900, in Francia, con l'ospedale "di settore", i padiglioni ospedalieri non sono più suddivisi per tipologia di malato, ma in base alla residenza di provenienza il che può essere considerato come il primo tentativo di creazione di un servizio psichiatrico territoriale e di comunità.

³⁶ M. A. BECCHI, N. CARULLI, *Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate*, Inserto alla rivista "Internal and Emergency Medicine" Vol. 4 Num. 3 Editore: Springer-Verlag Italia Srl, Via Decembrio 28, 20137 Milano, Società Italiana di Medicina Interna.

2.2 L'evoluzione dell'assistenza psichiatrica in Italia

L'istituzione psichiatrica in Italia inizia con il 1861³⁷ quando, raggiunta l'Unità Nazionale, si cerca di superare le divisioni delle politiche sull'area della medicina mentale dovuta al frazionamento del territorio in differenti Stati.

Negli ultimi quarant'anni del 1800 la politica Italiana fu rappresentata da uomini particolarmente sensibili all'area psichiatrica, come **Carlo Livi**³⁸ e **Andrea Verga**³⁹, e nel 1870 si inizia a regolamentare la materia della salute mentale. Grazie ai documenti delle Gazzette Ufficiali del Regno d'Italia, sappiamo che per circa ottant'anni ci fu un periodo fervido di dibattito e di proposte di legge per uniformare la normativa dedicata all'assistenza dei malati di mente.

³⁷ EDOARDO RE, *I Servizi di Salute Mentale: Storia e Organizzazioe istituzionale*, Ottobre 2006 Par. 1.2 pag 8.

³⁸ Medico dal 1855, anno di inizio dell'esercizio pratico della professione a Barberino di Mugello dove era in corso un'epidemia di colera. Tre anni dopo accettò l'incarico offertogli dalla Confraternita dei disciplinati di [Siena](#) della soprintendenza del manicomio di S. Niccolò, dando così inizio alla sua carriera di psichiatra. In quanto privo di una vera preparazione teorica e pratica di tale settore decise di visitare i più noti manicomi d'[Italia](#) e raccolse le sue osservazioni nel volume *Viaggio scientifico a' manicomi d'Italia*, Firenze 1860. Da questa fu sollecitato a introdurre profonde innovazioni nella gestione del manicomio senese. Apportò infatti alla struttura radicali trasformazioni tecniche e organizzative, che illustrò al congresso degli scienziati italiani tenuto a Siena nel 1862. Tre anni più tardi riuscì ad avviare la costruzione di un moderno edificio per il manicomio un ampio e razionale complesso in grado di ospitare 400 degenti provenienti, oltre che da Siena, dalle province di Pisa, [Livorno](#) e [Arezzo](#), divisi in classi secondo il comportamento e le diverse necessità assistenziali e terapeutiche. Soprattutto innovativo fu il suo metodo di trattamento dei malati: al passo con le nuove concezioni della psichiatria manicomiale, pioniere dei principi dell'ergoterapia, incoraggiò l'applicazione delle terapie morali basate su svaghi e divertimenti, passeggiate campestri, musica e recite, conferimento di premi ai più operosi, alle quali invitò la cittadinanza ad assistere e cooperare. Fu nominato nel 1859 professore di igiene e medicina legale nell'Università di Siena, dette subito inizio a una proficua attività didattica e di ricerca. A Livorno, dove si era recato in veste di perito a un processo, il L. fu colpito da ictus e morì la sera del 4 giugno 1877. (<http://www.treccani.it/enciclopedia/carlo-livi> (Dizionario-Biografico))

³⁹ Psichiatra, nato a Treviglio il 2 giugno 1811 studiò a Pavia, fu direttore del manicomio di S. Celso a Milano, poi dell'ospedale maggiore di Milano dove ebbe la cattedra di clinica medica. Fu presidente dell'Istituto lombardo delle scienze, presidente onorario della Società italiana di Freniatria, fondatore e direttore dell'“*Archivio italiano per le malattie mentali e nervose*”. Nel 1876 fu eletto senatore del regno. Chiese che l'insegnamento della psichiatria fosse istituito in tutte le università italiane e propugnò nel senato la legislazione sui manicomi. Fu pertanto considerato per molti come il “restauratore” della psichiatria in Italia. (<http://www.treccani.it/enciclopedia/andrea-verga> (Enciclopedia-Italiana))

La prima legge specificamente psichiatrica è la **Legge Giolitti**⁴⁰ del **1904** grazie alla quale sono costituiti gli Ospedali Psichiatrici, strutture volte a rispondere, più che ai bisogni di cura delle persone, a preoccupazioni inerenti alla pubblica sicurezza.⁴¹ Il ricovero presso tali strutture avveniva con ordinanza della Polizia, dopo un certificato medico, autorizzato dal Pretore. I medici potevano dimettere il ricoverato entro ventinove giorni dal suo ricovero e le persone che non venivano dimesse entro questo termine erano internate definitivamente attraverso l’emanazione di un decreto del Tribunale e perdevano tutti i diritti civili. Il nome di questi ricoverati era trascritto in un apposito elenco della Questura chiamato “*Casellario Giudiziario*”. A conferma della scarsa tutela della salute mentale adottata in questi anni, bisogna specificare che la competenza dei Manicomi era affidato al Ministero dell’Interno e non al Ministero della Sanità rimarcando ulteriormente l’interesse esclusivo nel garantire l’ordine pubblico e non la presa in carico dei pazienti affetti da disturbi psichici. Nel **1968** fu promulgata la **Legge n. 431** meglio conosciuta come “**Legge Mariotti**” per promuovere le provvidenze in favore dell’Assistenza Psichiatrica che prevedeva la possibilità di cercare spontaneamente le cure ammettendo il ricovero volontario in strutture psichiatriche pubbliche senza correre il rischio di essere internati e senza subire la registrazione nel Casellario Giudiziario che venne definitivamente abrogato. Furono inoltre affermate nuove figure professionali volte alla cura dei disturbi mentali quali gli psicologi, gli psicoterapeuti, i neurologi e assistenti sociali.

⁴⁰ Art.1 “*Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi...il direttore di un manicomio può sotto la sua personale responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al Procuratore del Re e all’autorità di Pubblica Sicurezza*”. (<http://dsmvibo.altervista.org/L-36-1904.pdf>)

⁴¹ EDOARDO RE, *I Servizi di Salute Mentale: Storia e Organizzazione istituzionale*, Ottobre 2006 Par 2.1 pag.12.

In seguito, di notevole importanza, troviamo la costituzione della **Legge 180 del 1978** chiamata "**Legge Basaglia**"⁴² dal nome dell'autore. Con essa è abolito l'internamento, l'ingresso in manicomio e la costruzione di altri ospedali psichiatrici. Introduce la possibilità di trattamenti obbligatori fuori dall'ospedale psichiatrico attraverso il **Trattamento Sanitario Obbligatorio** (T.S.O.).

Tale⁴³ provvedimento non interviene per la pericolosità sociale del soggetto ma per l'inconsapevolezza, da parte dell'individuo stesso, della propria malattia e per la sua conseguente impossibilità di essere curato al di fuori della struttura ospedaliera. La legge stabilisce in modo preciso le procedure, le condizioni e la durata del T.S.O. che non è più stabilito per decreto del Tribunale ma disposto dal Sindaco quale autorità sanitaria della città. Il Giudice Tutelare interviene sempre e obbligatoriamente nelle procedure del T.S.O. con funzione di controllo e di garanzia. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio deve quindi essere visto come *strumento di difesa e di tutela dei diritti del cittadino senza escluderlo dal proprio contesto sociale di provenienza*. La competenza della questione psichiatrica passa dal Ministero dell'Interno al Ministero della Salute. Con l'abolizione dei Manicomi i malati mentali, in caso di necessità, sono ricoverati negli Ospedali Generali nei reparti di psichiatria.

⁴² Art.1 "*Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.(...). Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico*". http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf

⁴³ EDOARDO RE, *I Servizi di Salute Mentale: Storia e Organizzazione istituzionale*, Ottobre 2006
Par.2.3 da pag 14 a 18.

Con l'entrata in vigore della Legge 180 cambia anche parte del Codice Penale: viene soppresso il termine "alienato" e "stabilimento di cura" ed abrogati gli articoli che disponevano l'iscrizione nel Casellario Giudiziario. Pochi mesi dopo l'approvazione della Legge Basaglia, avvenne l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale con la L.833/78, nella quale si afferma il principio che la malattia mentale è considerata come le altre malattie, e che la competenza della relativa assistenza cessa di essere affidata alle amministrazioni provinciali per entrare a far parte della Sanità Generale.⁴⁴ L'organizzazione dell'assistenza psichiatrica pertanto si evolve passando da centri di custodia a trattamento personalizzato di diagnosi e di cura attraverso vari presidi differenziati per condizioni cliniche e caratteristiche strutturali presenti nel territorio quali: SPDC, CPS, comunità e centri diurni. Furono creati inoltre, i primi Progetti-Obiettivi Regionali e Nazionali⁴⁵ per la salute mentale (POR e PON) segnando il passaggio da un approccio di sanità e di cure individuali ad un approccio di Sanità Pubblica, in cui sono introdotte normative a garanzia della qualità e della universalità delle cure. Il modello attuale di assistenza psichiatrica nel nostro paese è dunque un modello di psichiatria di comunità facendo interagire fra loro le diverse strutture (SPDC, CPS, comunità e centri diurni ecc.) con i diversi altri ambiti della salute (medicina generale, consultori, cliniche universitarie, SERT, servizi per gli anziani, volontariato, quarto settore ecc.) al fine di promuovere maggior benessere personale e garantire al paziente-cittadino una migliore qualità della vita.

⁴⁴ EDOARDO RE, *I Servizi di Salute Mentale: Storia e Organizzazione istituzionale*, Ottobre 2006
Par.1.2 pag. 9-10-11.

⁴⁵ Nel 1998 viene emanato il Piano sanitario nazionale 1998-2000 e nel dicembre 1999, come "adempimento prioritario del Piano sanitario nazionale", viene elaborato il I° *Progetto obiettivo per la salute mentale* che riflette l'impostazione generale e gli indirizzi programmatici del Piano sanitario nazionale e riorganizza i servizi, propone gli obiettivi di salute e le modalità per conseguirli coniugando valori, acquisizioni scientifiche ed esigenze economiche. (http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf).

2.3 La Qualità della vita: storia ed evoluzione del concetto

Il concetto di qualità di vita può essere definito in modi diversi in quanto rappresenta il prodotto dell'interazione di fattori psicologici, sociali, ambientali economici legati alla salute e al lavoro. Definire la qualità della vita può, in un primo momento risultare semplice a causa del largo utilizzo fatto del termine; tuttavia a seconda del contesto in cui viene inserito, il senso di questo concetto può variare. Già nel 1999 **Spitz**⁴⁶ sottolinea che a seconda degli autori che trattano tale tematica, il concetto di qualità della vita non ricopre gli stessi campi. Infatti, è comunemente riscontrato, che nel caso in cui vengano condotti studi di ricerca da parte di medici la qualità della vita, si riferisca principalmente ai segni di miglioramento fisico, mentre, nel caso in cui l'equipe di ricerca comprende psichiatri o psicologi in essa vengono inclusi anche aspetti inerenti alla salute mentale. Storicamente⁴⁷ si possono ricordare quattro approcci che possono essere a loro volta scomposti in periodi d'interesse in funzione del settore di coloro che lo esplorano:

a) APPROCCIO FILOSOFICO

All'interno di questo approccio, le nozioni di felicità, piacere, desiderio e benessere sono parte integrante del concetto di Qualità di Vita. Per secoli tale concetto ha interessato molti filosofi fra cui Aristotele, Platone, Socrate, ed infine Epicuro i quali ponevano la nozione di felicità al centro delle loro preoccupazioni. Per altri autori, la felicità va ricondotta al piacere, per altri ancora all'umore o alla ricchezza.

⁴⁶ SPITZ E'. (1999), *Les questionnaires dans l'approche quantitative en psychologie de la santé, Pratiques Psychologiques*, 4, 77-97.

⁴⁷ GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, *Trattato di Psicologia della Salute*, Ed. Boria 2006 Cap. XIII Par.1 pag.272-273-274-275.

b) APPROCCIO PSICO-SOCIOLOGICO

Psicologi e Sociologi non si preoccupano di cercare verità generiche sul concetto della Qualità della Vita ma miravano a capire quelle soggettive analizzando le componenti affettive e cognitive della felicità e del benessere, prendendo in considerazione sia fattori interni come, il sentimento di efficacia personale, relazioni sociali, bisogni, desideri ed aspirazioni, che fattori esterni come gli aspetti socio-demografici, gli eventi di vita e il sostegno sociale percepito. Tutti questi elementi infatti, sono in grado di influire sul benessere individuale in quanto legato alla salute permettendo un'analisi del livello di stress delle motivazioni personali e degli scopi di vita, della qualità delle relazioni sociali e familiari.

c) APPROCCIO POLITOLOGICO

La nozione della qualità della vita non è più individuale ma *collettiva* nella quale lo Stato sancisce il “Diritto alla Felicità” nella propria costituzione come diritto inalienabile di cui la politica si preoccupa al fine di migliorare sempre di più la qualità della vita dei propri cittadini.

d) APPROCCIO MEDICO

Il concetto di qualità della vita in psichiatria affiora in ambito medico-psichiatrico, nel corso del programma di de-istituzionalizzazione del 1963 statunitense durante il quale i medici denunciarono che si attribuiva scarsa importanza all'opinione dei pazienti e non ci si preoccupava minimamente delle loro condizioni di vita all'esterno dell'ospedale. Partirono così gli studi sulla misurazione della qualità della vita che si diffusero rapidamente nei Paesi Anglosassoni, Scandinavi ed infine nel resto d'Europa.

Le date più rilevanti che segnano lo sviluppo degli studi sulla Qualità della Vita nel settore medico sono:⁴⁸

- a) **1947**: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fornisce una definizione di salute decisamente vicina a quella di benessere descrivendola come: *“Stato caratterizzato da un completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente dall’assenza di malattie o infermità.”* Tale definizione portò con sé una grande rivoluzione poiché implicava il riferimento ad uno stato di benessere dell’individuo che andasse oltre la sua capacità di “funzionare” sul piano puramente ed esclusivamente biologico. Un altro aspetto rilevante è che questa definizione presupponeva una sorta di continuum nel concetto di salute fra due ipotetici estremi opposti: ottima salute e pessima salute in quanto la malattia non solo danneggia aspetti prettamente biologici e funzionali dell’organismo, ma spesso incide in modo sostanziale sulla vita sociale, emotiva, familiare-relazionale, lavorativa e talvolta sul modo in cui si interpreta la vita stessa e si ordinano le priorità esistenziali soggettive. Ciò che contribuì all’utilizzo moderno del concetto di Qualità della Vita, furono i cambiamenti epocali verificatisi a partire dagli anni ’60 del ventesimo secolo durante i quali, si comincia a parlare di “Welfare State” ed il termine **“Quality of life”** (QoL) fu utilizzato per descrivere il progresso della società, non soltanto in termini quantitativi ma qualitativi. Anche nell’ambito medico pertanto si assiste ad una riconcettualizzazione in termini di efficacia del trattamento che è possibile illustrare attraverso il miglioramento degli standard sanitari e i progressi della tecnologia che hanno offerto a molte persone la possibilità di una diagnosi precoce ed un maggior numero di opzioni terapeutiche indipendentemente dalla patologia sofferta.

⁴⁸ [http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_\(XXI_Secolo\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_(XXI_Secolo)) pag. 1-2-3.

Di conseguenza il criterio “oggettivo” non si dimostra essere più in grado di rispondere da solo agli interrogativi posti dalla nuova scienza medica poiché più complessa ed articolata rendendo necessario il punto di vista del paziente e le sue scelte in riferimento alla malattia e ai relativi possibili trattamenti per garantire allo stesso una maggiore qualità della vita.

b) **1948: Karnofsky** che verrà seguito da Katz nel 1963 propone una “*Scala di Performance correlata con il Benessere psicologico ed il funzionamento sociale*”. Questi due autori ⁴⁹hanno avuto il merito di far evolvere la mentalità in medicina mostrando l’importanza di valutare le funzioni e gli handicap sia fisici che psichici senza dissociarli dal loro contesto. Il termine “Qualità della Vita” fu utilizzato per la prima volta nel **1966** da **Elkinton** in una pubblicazione medica.

c) **1993**: L’Organizzazione Mondiale della Sanità riformula la definizione di Qualità della Vita descrivendola come la “*Percezione soggettiva⁵⁰ che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive anche in relazione ai proprio obiettivi, aspettative e preoccupazioni.*”

Tale definizione integra in maniera complessa ed articolata la salute fisica della persona, il suo stato psicologico, il suo livello di indipendenza, le sue credenze personali, le sue relazioni sociali così come la sua relazione con gli elementi che costituiscono il suo ambiente.

⁴⁹ GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, *Trattato di Psicologia della Salute*, Ed. Boria 2006 Cap. XIII Par.1.4 pag.274-275.

⁵⁰ WHOQOL, The World health organization quality of life assessment, *Position paper from the World health organization*, «Social science and medicine», 1995,41, 10, p. 1405.

Un'altra espressione introdotta più recentemente nella letteratura scientifica è “*Health-related Quality of life*” (HRQOL) la quale pone l'accento sugli aspetti della qualità della vita che sono maggiormente influenzati dallo stato di salute. Rappresenta una formula più rilevante in campo medico poiché fa riferimento alle condizioni di salute del soggetto e a quanto un eventuale malattia e/o degli interventi medici possano influire sulla sua vita⁵¹. Attualmente esiste nella letteratura internazionale un ampio consenso su alcuni aspetti fondamentali del concetto di QOL in medicina, in particolare sul fatto che esso sia un **costrutto soggettivo, multidimensionale, dinamico e culturalmente correlato** in quanto valutato in linea di principio dal paziente stesso, ma può variare nel tempo in base a numerosi fattori. Inoltre, ogni strumento volto a quantificarla deve necessariamente considerare il funzionamento ed il benessere fisico in associazione al funzionamento psicologico tenendo presente sia gli aspetti emotivi che cognitivi del paziente. Infine, in riferimento alla terminologia utilizzata nella letteratura occorre evidenziare che la *Food and Drug Administration*⁵² ha supportato sempre di più la necessità dell'utilizzo del termine **PATIENT-REPORTED OUTCOMES (PROS)** per rilevare lo stato di salute percepito direttamente dal paziente. Le misure soggettive⁵³ della Qualità della Vita sono raccolte attraverso item o scale che determinano il modo in cui un individuo valuta le ripercussioni della malattia sul suo funzionamento fisico, sociale e/o affettivo o in che misura egli è soddisfatto di queste varie esperienze di vita.

⁵¹ [http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_\(XXI_Secolo\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_(XXI_Secolo)) pag. 4-5.

⁵² Ente federale proposto alla regolamentazione dei farmaci negli Stati Uniti.

⁵³ GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, *Trattato di Psicologia della Salute*, Ed. Boria 2006 Cap. XIII Par.2 pag.275-276.

2.3.1 La Valutazione della qualità della vita (QoL)

Nel settore della salute, la misura della qualità della vita è indirizzata in modo particolare ai soggetti con sofferenza fisica e/o psichica. Tale misura presuppone una presa di coscienza dell'equipe curante dell'importanza del ruolo attivo del paziente nell'esame della sua esperienza soggettiva. Oggi, in ambito medico misurare la QoL significa essere in grado di ridurre un fenomeno soggettivo ad una serie di indici che permettano di effettuare inferenze il più possibile informative. Nella pratica comune, la QoL si rileva solitamente attraverso la somministrazione di brevi questionari che sono costruiti non tanto per fornire un indice unico e complessivo della QoL percepita dal paziente, quanto per dare al medico un profilo multidimensionale della sua QoL.⁵⁴

Negli ultimi trent'anni, sono stati sviluppati centinaia di strumenti per misurare la salute percepita e la QoL in molte condizioni patologiche: patologie cardiovascolari, oncologiche, dermatologiche, del sistema immunitario, dell'apparato respiratorio sia per adulti che per l'età pediatrica e adolescenziale. Un data-base contenente molti degli strumenti che vengono utilizzati in questo campo è *Patient-Reported Outcome and Quality Of Life Instruments Database*⁵⁵ costituito da una grande disponibilità di questionari o scale di valutazione dedicato all'area della salute. Le misure di salute e QoL possono essere sommariamente suddivise in: strumenti generici, specifici e strumenti specifici per particolari aree di QoL.

⁵⁴ [http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_\(XXI_Secolo\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_(XXI_Secolo)) pag. 6-7.

⁵⁵ Mapi Research Institute, Lione.

Sarà analizzata in modo più dettagliato la sezione dello studio della valutazione della QoL come misura di *out-come* poiché oggetto di trattazione di tale ricerca. Da sempre la medicina misura l'efficacia di un nuovo farmaco o di un nuovo approccio/intervento terapeutico in termini di *out-comes* più o meno "oggettivamente" misurabili, come la sopravvivenza complessiva, la sopravvivenza libera da progressione di malattia, la risposta clinica, il grado di tossicità del trattamento stesso e l'andamento di diversi parametri di laboratorio.⁵⁶

Introdurre la QoL come ulteriore misura di *outcome* in una ricerca clinica, può fornire indicazioni aggiuntive di assoluto rilievo in quanto rappresenta **l'unica misura in grado di fornire la prospettiva del paziente**. Può essere misurata in modo prospettico durante il corso della ricerca, sia come *out-come primario*, ossia come obiettivo principale della ricerca, sia come *out-come secondario* valutando in sintesi l'impatto della malattia, gli effetti del trattamento e **il grado di soddisfazione del paziente** rispetto ad esso argomento oggetto di trattazione nel capitolo successivo.

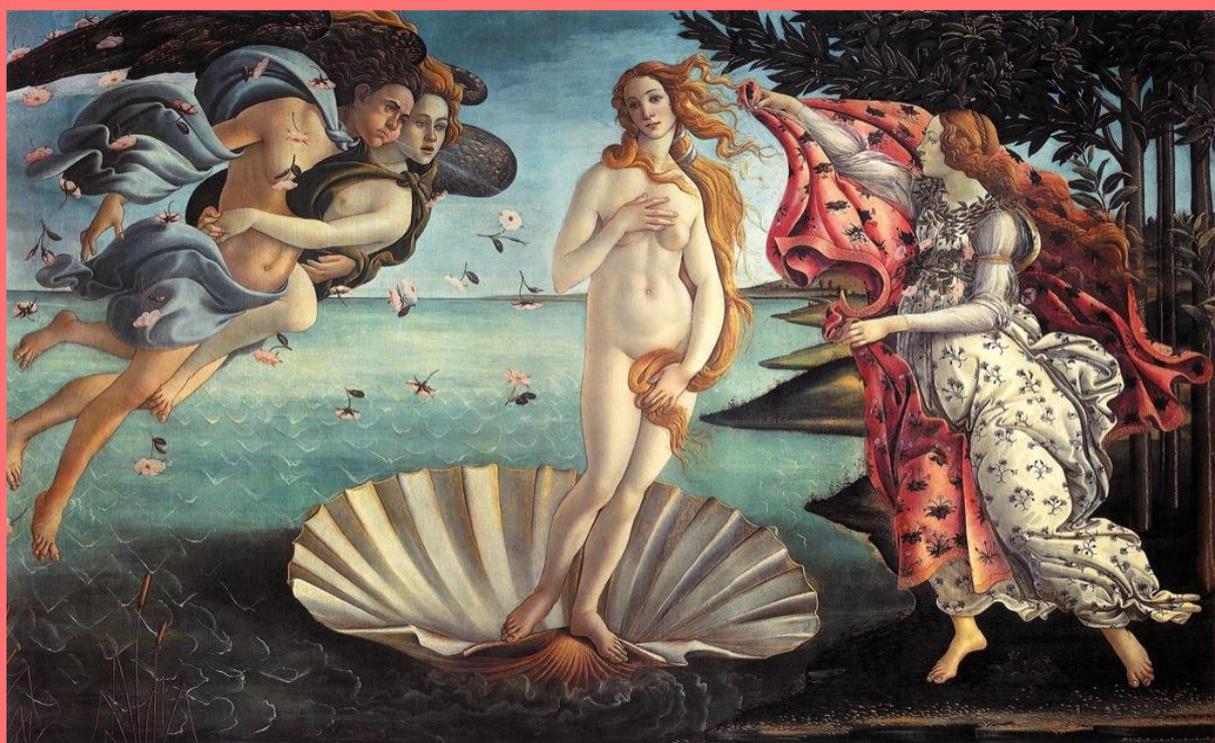
⁵⁶ [http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_\(XXI_Secolo\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_(XXI_Secolo)) pag. 8-9-10.

Capitolo III

“La Patient Satisfaction”

“Amore a parte, a cosa dovrebbe tendere l’umanità se non alla qualità?”

C.R.M. Wilson, Strategies in Health Care Quality-Toronto 1992



Sandro Botticelli, “La nascita di Venere” (1482)

Nel terzo capito sarà descritto il concetto teorico di “Patient Satisfaction” partendo dalle sue origini fino ad arrivare alla creazione di veri e propri modelli e adattamenti per la misurazione della soddisfazione degli utenti in ambito sanitario. In ultima analisi saranno illustrati alcuni esempi presenti in letteratura che testimoniano il vasto utilizzo di tale concetto in diversi ambiti sanitari. Presenteremo, alla fine del capitolo, uno studio sperimentale volto a descrivere i risultati di una prima indagine sul grado di soddisfazione dei pazienti ricoverati presso il Centro Basaglia.

3.1 Il concetto di Soddisfazione

Letteralmente il termine “soddisfazione” racchiude in se diversi significati. Basti, infatti, pensare alle molteplici definizioni che troviamo a tale voce in un qualsiasi vocabolario della lingua italiana che lo descrive come: “*Accontentare qualcuno realizzandone le richieste, i bisogni, le esigenze; far contento qualcuno, rispondere a determinate condizioni o richieste; trovare adeguato, o sufficiente qualcosa; esaudire o soddisfare una richiesta; compiacere qualcuno*”⁵⁷.” In ambito accademico troviamo numerosi studiosi di tale concetto che hanno provato a sancirne una più nitida ed uniforme definizione.

Fra i più importanti abbiamo:

- a) **Richard L. Oliver e Gerald Linda**⁵⁸ mettono in evidenza la differenza tra *qualità* e *soddisfazione*, affermando che la prima traduce l’orientamento stabile di un consumatore nei confronti del prodotto, mentre la seconda, traduce la relazione emotiva che fa seguito ad un’esperienza di disconferma delle proprie aspettative e che solo indirettamente agisce sugli atteggiamenti di base nel consumo dello stesso prodotto.

- b) **Pascoe**⁵⁹ afferma che la soddisfazione in ambito medico e quindi del paziente sarà definita come la sua esperienza personale ai servizi ricevuti da un punto di vista cognitivo-affettivo.

⁵⁷ GABRIELLI ALDO, *Grande dizionario della Lingua italiana*, Edizione Hoepli 2013.

⁵⁸ RICHARD L. OLIVER AND GERALD LINDA (1981), *Effect of Satisfaction and Its Antecedents on Consumer Preference and Intention*, in *NA - Advances in Consumer Research Volume 08*, eds. Kent B. Monroe, Ann Arbor, MI : Association for Consumer Research, Pages: 88-93.

⁵⁹ PASCOE GC, *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis*, 1983;6 (3-4): p.185-210.

- c) **Lebow**⁶⁰ ha definito la soddisfazione come la misura in cui il trattamento soddisfa i bisogni, le aspettative ed i desideri dell'utente.
- d) **Kleinsorge e Koenig**⁶¹ affermano che la qualità e la soddisfazione del cliente sono sinonimi.
- e) **Diener**⁶² la definisce come la valutazione cognitiva della propria vita nel suo complesso, ossia come una sorta di valutazione soggettiva della qualità della stessa.
- f) **Rust e Oliver**⁶³ considerano la soddisfazione del cliente come un insieme di reazioni cognitive che deriva dall'incontro fra la qualità del servizio ricevuto e le sue aspettative.
- g) **Frisch**⁶⁴ definisce la soddisfazione come una valutazione soggettiva del grado in cui i più importanti bisogni, obiettivi e desideri del soggetto sono stati soddisfatti".

⁶⁰ JAY LEBOW, *Pragmatic decisions in the evaluation of consumer satisfaction with mental health treatment*, Volume 5, Issue 4, 1982, Pag349-356.

⁶¹ LINDA S. NOELKER, *Linking Quality of long-term care and Quality of life*, Ed. Zev Harel, Springer Publishing Company 2005.

⁶² MIKE MORRISON, LOUIS TAY ED DIENER, *Subjective Well-Being and National Satisfaction: Findings From a Worldwide Survey*, 1 Department of Psychology, University of Illinois at Urbana-Champaign, and 2 The Gallup Organization, Omaha, Nebraska.

⁶³ RUST, R. T., & OLIVER, R. L. (1994). *Service quality: Insights and implications from the frontier*. In R. T. Rust & R. L. Oliver (Eds.), *Service Quality: New Directions in Theory and Practice* (pp. 1-19). Thousand Oaks, CA: Sage.

⁶⁴ ANTONELLA DELLE FAVE, *La Condivisione del Benessere. Il contributo della Psicologia Positiva*, Ed.FrancoAngeli Par.2 Pag.43-45.

Rimanendo vicini all'ambito della salute mentale non è necessario prendere in considerazione i significati che implicano piacere, desiderio o appagamento, ma quelli che si riferiscono alla risposta dei bisogni del singolo paziente preoccupandoci di verificare se è stata data loro una risposta adeguata in relazione alle loro esigenze. Il concetto di **"soddisfazione dell'utente"** deriva dalla filosofia dell'economia di mercato, nella quale il "consumatore" assume un ruolo centrale. È chiaro che questo concetto non può essere trasferito automaticamente nel contesto dei Servizi sanitari in quanto, in tale ambito, l'utente non è il diretto equivalente dell'acquirente. Nel libero mercato, infatti, l'utente ha, generalmente, la piena libertà di accesso ai beni o ai servizi offerti, dispone di più opzioni ed ha maggiori informazioni per poter orientare la propria scelta tra le varie offerte di mercato, mentre nel campo dei servizi per la salute tutte queste possibilità sono molto ridotte e spesso del tutto assenti. Ciò che rende difficile definire la soddisfazione deriva anche, dalla mancanza a livello teorico, di modelli socio-psicologici in grado di concettualizzarla perché, di per sé, possiede per ciascun individuo, un valore diverso in relazione alle proprie esperienze e al proprio background socioculturale. Questa soggettività, mentre da una parte rende difficile la formulazione di definizioni generalmente accettabili, dall'altra assume la valenza di caratteristica inscindibile dal concetto di soddisfazione stesso poiché offre l'unica possibilità di cogliere il giudizio diretto dell'utente sull'operato del professionista⁶⁵.

⁶⁵ LUCIANO CONTI, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Collana Progressi in Psichiatria 1999 Cap. 28 Par. 1-2.

3.2. Dalla “Customer Satisfaction” al concetto di Soddisfazione in ambito sanitario: “La Patient Satisfaction”

Gli studi relativi della Customer Satisfaction (CS) in sanità hanno avuto inizio, negli Stati Uniti a partire dagli anni '50. Nel corso degli anni la soddisfazione dell'utente è stata considerata sempre più come un vero e proprio attributo della qualità dell'assistenza, dal momento che l'esito clinico dipende anche dal livello di coinvolgimento, e quindi di soddisfazione, del paziente. Essa viene definita come : “ *La qualità percepita di un servizio/prodotto intesa come il grado di soddisfazione che un servizio può dare ai bisogni, attese e desideri di uno specifico cliente, in quanto il giudizio sulla qualità coincide con la misura di questa soddisfazione*⁶⁶.” La CS in ambito sanitario può essere quindi descritta come la percezione soggettiva del cliente derivante dalla capacità del servizio ricevuto di appagare le sue aspettative relativamente alla soluzione dei problemi di salute, alle modalità relazionali e al confort ambientale. Il fine principale della valutazione della CS in ambito sanitario è il rilevamento del grado di soddisfazione dei clienti per attivare dei meccanismi che consentano un miglioramento continuo dei processi assistenziali.⁶⁷

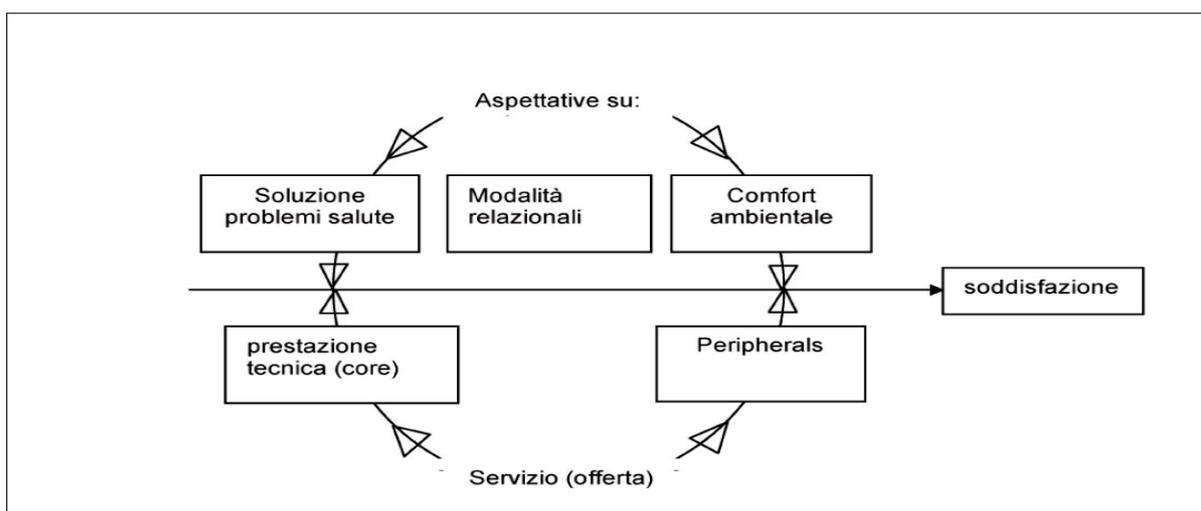


Figura 1: Customer Satisfaction in ambito sanitario

⁶⁶ QUARTAPELLE A.Q., *Customer Satisfaction* eds McGraw-Hill 1994.

⁶⁷ GIOVANNI SERPELLONI, GRUPPO DI LAVORO CUSTOMER SATISFACTION, *La valutazione della customer satisfaction: Modello teorico e rilevamento su pazienti e operatori del centro di medicina preventiva*, Cap XIII Par.1-2-3.

Gli obiettivi specifici di un sistema per il rilevamento della CS possono essere così sintetizzati:⁶⁸

1) *Evidenziare mediante valutazione quantitativa la soddisfazione del paziente che fruisce di un servizio.*

È, infatti, molto importante per una determinata struttura poter disporre di dati raccolti in modo intelligibile e uniforme per avere un'immagine di come le attività e il servizio nelle sue varie componenti vengono percepite e creano soddisfazione;

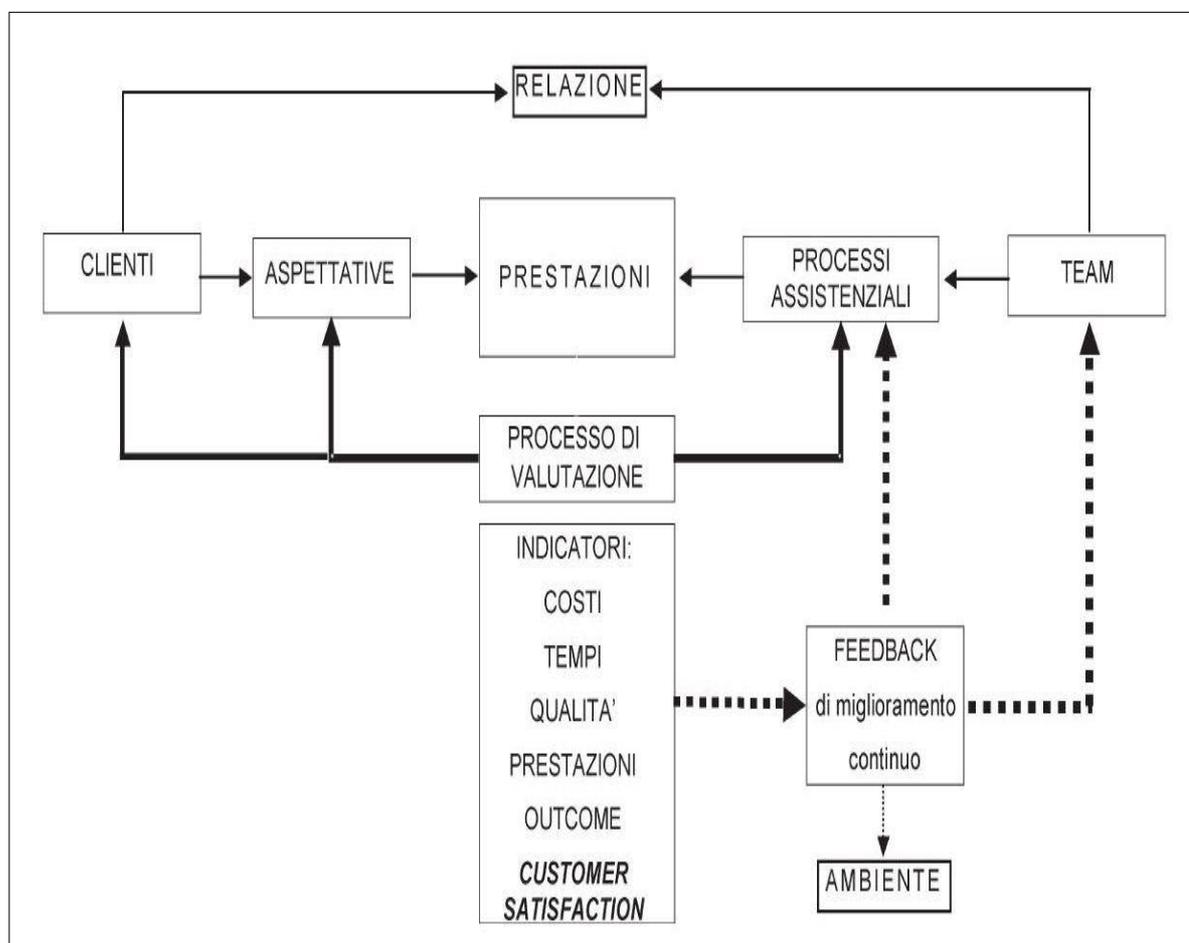


Figura 2 : Valutazione della Customer Satisfaction

⁶⁸ GIOVANNI SERPELLONI , GRUPPO DI LAVORO CUSTOMER SATISFACTION, *La valutazione della customer satisfaction: Modello teorico e rilevamento su pazienti e operatori del centro di medicina preventiva*, Cap XIII Pag 2-3-4-5-6.

2) Rilevare eventuali problemi o cause d'insoddisfazione.

Mediante una raccolta standard è possibile individuare eventi o elementi che causano insoddisfazione, valutarne la frequenza e il grado di disturbo provocato;

3) Migliorare la qualità offerta.

Mediante un processo di analisi della soddisfazione o dell'insoddisfazione è possibile andare a modificare gli aspetti problematici generanti l'insoddisfazione;

4) Aumentare la consapevolezza degli operatori di quale sia il vero grado di soddisfazione e quali siano i fattori determinanti.

Spesso gli operatori sono così impegnati nella routine giornaliera che alcuni aspetti vengono dati per scontati o trascurati, il prendere atto dell'importanza e della valutazione data ai singoli fattori è un utile feedback nei confronti dell'operare quotidiano;

5) Poter creare un sistema di valutazione standard tra unità operative omogenee in un determinato ambito territoriale (regione, asl, dipartimento etc).

Questo obiettivo si colloca all'interno di una logica di "Delta System", ossia di un sistema che mediante un diagramma a barre segnala sia gli scostamenti positivi che negativi) ; ogni servizio, quindi, contribuisce a costruire una media regionale dalla quale sarà possibile evidenziare il suo scostamento per ogni singola unità operativa.

3.2.1. Modelli di Gestione della Customer Satisfaction

Dopo aver chiarito l'importanza della valutazione della CS è necessario interrogarsi sulle modalità e i tempi per rilevarla facendo riferimento a dei modelli possibili di misurazione. Tra quelli presenti in letteratura il più comune è il "**Gap Model**" (GM) per il quale la soddisfazione è la risultante cognitiva ed emotiva del confronto fra le aspettative attese del soggetto e l'esperienza reale⁶⁹. Secondo questo modello si ha soddisfazione se l'esperienza è uguale o maggiore rispetto alle proprie aspettative, mentre l'insoddisfazione si manifesta nel caso in cui l'esperienza non si dimostri pari alle aspettative riposte. Il GM pone le sue basi teoriche negli studi di Parasuraman, Zeithaml e Berry, i quali a partire dagli anni '80 si propongono di analizzare i fattori che influenzano le valutazioni sulla qualità dei servizi, che definiscono come "*a comparison between expectations and performance*"⁷⁰ e che per gli stessi Autori, definisce da un punto di vista teorico e pratico, il grado di soddisfazione degli utenti. I servizi si distinguono dai beni tangibili per alcune caratteristiche quali l'intangibilità, l'eterogeneità, la non immagazzinabilità, l'essere un'attività o un processo, il formarsi solitamente tramite l'interazione tra utente e fornitore. Queste peculiarità rendono complessa la valutazione della loro qualità, che interessa non solo le aspettative degli utenti e le performance del servizio, ma anche lo svolgimento del processo di erogazione.

⁶⁹ RICHARD L. OLIVER, *A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions*, Journal of Marketing Research, Vol. 17, No. 4 (Nov., 1980), pp. 460-469 (American Marketing Association).

⁷⁰ A. PARASURAMAN, VALARIE A. ZEITHAML, LEONARD L. BERRY, *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, The Journal of Marketing, Vol. 49, No. 4 (Autumn, 1985), pp. 41-50 American Marketing Association.

È quindi stato elaborato un modello concettuale noto come “*Teoria dei Gap*”, illustrato nella Figura n°3, secondo il quale le percezioni della qualità dei servizi possono essere influenzate da cinque distinti Gap che si possono verificare nel processo di erogazione di un servizio.

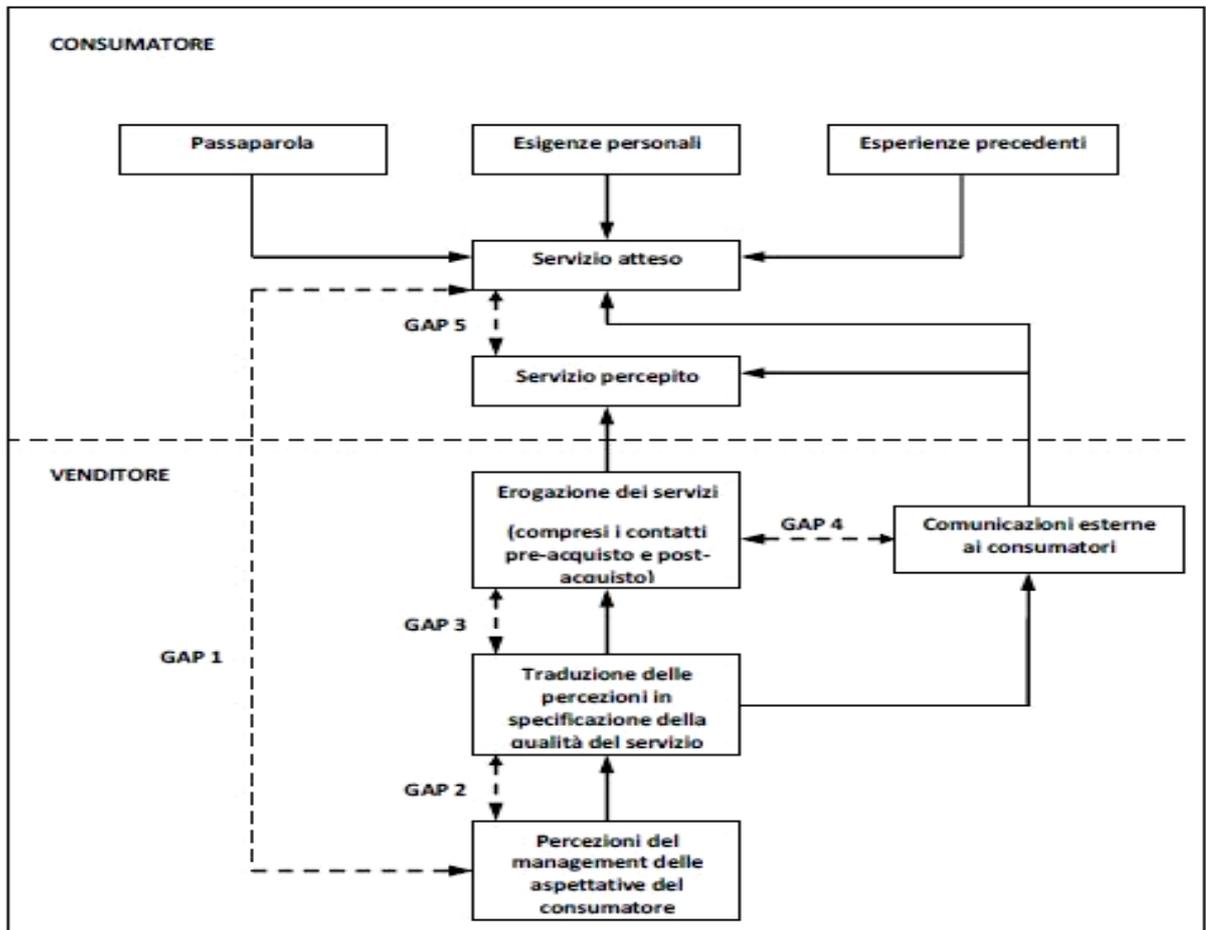


Figura 3: Teoria dei Gap

➔ **Gap 1:** è il divario tra le aspettative degli utenti e come queste sono interpretate dal management dell'ente erogatore del servizio.

Questo gap è determinato, solitamente, dalla carenza e/o inesattezza delle informazioni a disposizione dell'organizzazione riguardo gli attributi che sono effettivamente indicatori di qualità per gli utenti di un servizio, ma può essere causato anche da un'inesatta interpretazione di informazioni corrette da parte del management⁷¹.

⁷¹ ZEITHAML, V. A. (1988), *Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: a Means-End Model and Synthesis of Evidence*, Journal of Marketing, Vol. 52, No. 3, (Jul.), pp. 2-22.

➔ **Gap 2:** *è il divario tra la modalità con cui il management ha interpretato le aspettative dei soggetti e come queste sono state convertite, in fase di progettazione del servizio, in specifiche del servizio stesso.*

Questo gap può essere determinato da vari fattori tra cui: difficoltà di trasformare in caratteristiche standard del servizio le aspettative degli utenti, come interpretate dai manager; la mancanza di un orientamento alla qualità del management, che può essere più indirizzato alla riduzione dei costi o al profitto a breve termine, elementi più facilmente misurabili; la percezione della fattibilità di implementare le aspettative.

➔ **Gap 3:** *è il divario tra il servizio effettivamente erogato e gli standard di qualità prefissati ed è denominato service performance gap.*

Può essere causato dall'incapacità o dalla riluttanza degli addetti all'erogazione a fornire il servizio ai livelli previsti; da un'insufficiente assistenza agli utenti; da un inadeguato sistema interno di supporto al personale.

➔ **Gap 4:** *è il divario tra il servizio prospettato dalla comunicazione esterna ai clienti e quello effettivamente erogato.*

La comunicazione esterna influenza le aspettative degli utenti e, di conseguenza, anche le loro percezioni delle performance del servizio.

➔ **Gap 5:** *è lo scostamento tra il servizio atteso dall'utenza e quello effettivamente erogato ed è definito come Servic- Quality.*

È determinato dall'insieme dei gap precedenti.

Per gli Autori⁷² il Gap 5 definito “*Service-Quality*” rappresenta la soddisfazione degli utenti, che può essere misurata con il SERV-QUAL (Service Quality)⁷³ uno dei modelli più diffusi per la misurazione della CS relativa ai servizi.

E’ stato in seguito sviluppato un nuovo modello applicabile maggiormente in ambito sanitario messo a punto da *Conca e Pamploni Scarpa* nel 2003⁷⁴ nell’ambito del Consorzio Qualità della Regione Lombardia in collaborazione con SDA Bocconi. In tale modello la gestione per la soddisfazione del cliente prevede due fasi: la **rilevazione** e la **realizzazione**. Nella prima fase, un ruolo centrale, viene esercitato dalla comunicazione interna che rappresenta il veicolo di conoscenze, di confronto e di scambio di idee. A livello direttivo devono essere stabilite le linee generali per la qualità e le analisi da eseguire, individuare i gruppi di lavoro che dovranno interagire, sia con il cliente sia internamente, al fine di fornire un prodotto, in questo caso un servizio, qualitativamente valido e tempestivo.

⁷² ZEITHAML, V. A., BERRY, L. L., PARASURAMAN, A. (1988), *Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality*, Journal of Marketing, Vol. 52, No. 2. (Apr.), pp. 35-48.

⁷³ E’ costituito da una serie di 22 domande predefinite che riguardano le aspettative degli utenti nei confronti del servizio e il giudizio sui vari aspetti del servizio che consentono di misurare la qualità percepita e le attese separatamente, per 5 dimensioni, ritenute dall’autore indispensabili per giudicare la qualità del servizio quali: **Elementi tangibili**, **Affidabilità**, **Capacità di risposta**, **Capacità di rassicurazione**, **Empatia**. Il questionario standard utilizza per ogni domanda una scala numerica 1-7 che rende particolarmente semplice l’uso dello strumento; questa facilità d’uso è ad un tempo il punto di forza e la debolezza del modello; la standardizzazione rende infatti molto facili i confronti tra misurazioni ottenute in organizzazioni e/o in tempi diversi. La schematicità e la facilità di utilizzo del questionario, che si avvale per codificare le risposte di una scala numerica da 1 a 7, rendono il ServQual uno strumento particolarmente adatto a misurare la CS nei casi in cui non si disponga di personale qualificato per indagini più raffinate. L’alta standardizzazione del metodo, lo rende particolarmente interessante sia per la chiarezza (delle domande e delle risposte che fornisce) sia per la possibilità di modificare con relativa facilità uno o più dei singoli item della versione base; a causa della sua rigidità è tuttavia consigliabile utilizzarlo solo dopo una preventiva analisi delle caratteristiche del servizio.

(<http://www.valut-azione.net/saperi/sistemi-mv/ascolto-del-cliente/il-modello-servqual/>)

⁷⁴ GIOVANNI SERPELLONI, GRUPPO DI LAVORO CUSTOMER SATISFACTION, *La valutazione della customer satisfaction: Modello teorico e rilevamento su pazienti e operatori del centro di medicina preventiva*, Cap XIII pag. 1-2.

Vale la pena osservare quanto sia importante creare le condizioni, mediante una buona comunicazione interna, per favorire il coinvolgimento dei collaboratori in un clima aperto, flessibile e cooperativo. Come illustrato nella Figura n°4 gli elementi principali da tenere in considerazione nella **Fase A** sono⁷⁵ :

- 1) La **leadership** intesa come la capacità da parte della direzione di stabilire gli indirizzi dell' organizzazione (visione, obiettivi e offerta di servizi), creare e mantenere un clima che coinvolga e motivi il personale, favorire l'attenzione di tutti i livelli organizzativi per raggiungere e accrescere la soddisfazione dei clienti;
- 2) L'identificazione di **enti interni** promuovendo il loro coinvolgimento attraverso la creazione di gruppi di lavoro che collaborino all'attività di rilevazione della soddisfazione del cliente;
- 3) L'**analisi degli attributi di valore** per il cliente attraverso l'individuazione degli elementi che l'organizzazione considera tali per il cliente (pulizia, confort, professionalità, ecc.);
- 4) La **segmentazione dei clienti** che prevede la necessità di suddividere l'universo clienti, secondo determinati criteri, per consentire una pianificazione delle indagini che permetta di ricavare tutte le informazioni necessarie con costi limitati.

⁷⁵ GIOVANNI SERPELLONI , GRUPPO DI LAVORO CUSTOMER SATISFACTION, *La valutazione della customer satisfaction: Modello teorico e rilevamento su pazienti e operatori del centro di medicina preventiva*, Cap XIII pag. 3-4.

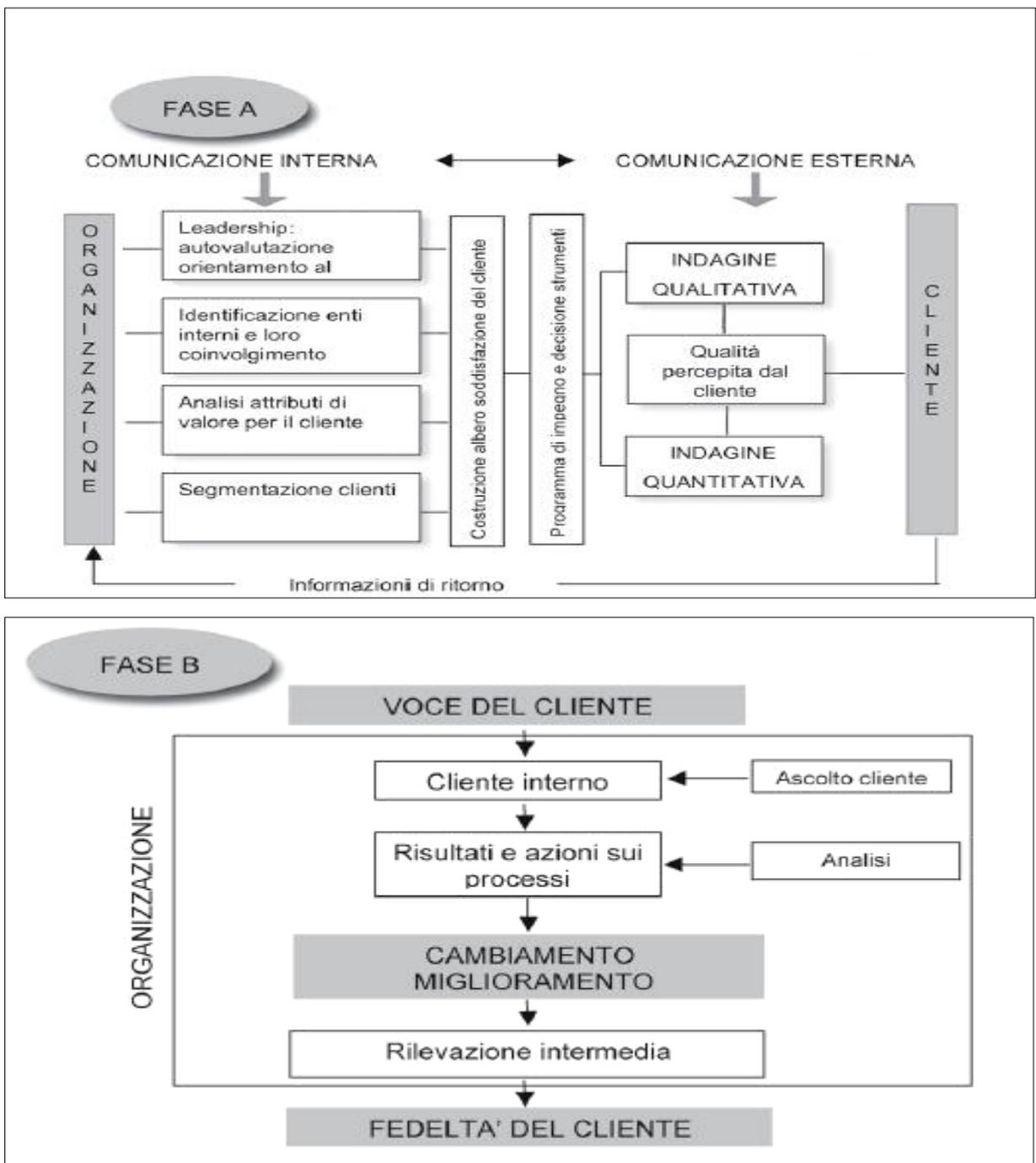


Figura 4: Il modello generale per la rilevazione della soddisfazione (Conca e Pamploni Scarpa, 2003)

I quattro blocchi portano alla costruzione di un albero della soddisfazione del cliente che include tutti gli attributi che portano valore al cliente. Il programma d'impegno e decisione degli strumenti è tutta l'attività che l'organizzazione svolge per rilevare il grado di soddisfazione dei suoi clienti e i relativi risultati.

Le indagini possono essere sia qualitative che quantitative: le prime sono curate attraverso colloqui individuali, interviste approfondite, mentre le seconde permettono di ottenere una raccolta dati e resoconti in termini statistici perché sono in grado di riferire una quantità numerica specifica.

Nella seconda fase del modello l'organizzazione ha un ruolo fondamentale: il suo compito consiste nel realizzare ciò che il cliente ha comunicato.

In sintesi nella **Fase B** sono prese in considerazione le opinioni dei clienti per adattare e migliorare le strategie dell'organizzazione. Tale struttura, nel momento in cui analizza in profondità il proprio modo di lavorare e lo confronta con le aspettative del cliente, viene resa consapevole di quali siano i suoi punti di forza e le sue possibilità di miglioramento incentivando pertanto un processo di cambiamento in linea con i bisogni espressi dai pazienti. Infine tale modello evidenzia come sia necessaria una serie di rilevazioni intermedie per accertarsi che i cambiamenti abbiano portato effettivamente ad una maggior soddisfazione del cliente⁷⁶ e, di conseguenza ad una migliore Qualità della Vita.

⁷⁶ GIOVANNI SERPELLONI , GRUPPO DI LAVORO CUSTOMER SATISFACTION, *La valutazione della customer satisfaction: Modello teorico e rilevamento su pazienti e operatori del centro di medicina preventiva*, Cap XIII pag. 5-6.

3.2.2 La Valutazione e gli Strumenti della Soddisfazione

Fra i numerosi metodi impiegati per valutare il grado di soddisfazione degli utenti nei confronti dei Servizi, il più comune è quello del questionario. Spesso, soprattutto all'inizio del loro utilizzo, i questionari erano messi a punto localmente, per le esigenze del singolo Servizio, senza perciò prendere in considerazione gli aspetti metodologici. In alcuni casi i questionari sono stati costruiti intervistando gli utenti al fine di stabilire ciò che essi consideravano, in base alla loro esperienza, gli elementi chiave per caratterizzare un buon servizio. Un difetto comune alla maggior parte degli strumenti è che hanno come obiettivo l'identificazione della soddisfazione e la conferma della prassi corrente piuttosto che individuare aree d'insoddisfazione o di scontentezza, cosa che sarebbe di maggiore utilità⁷⁷.

La valutazione della soddisfazione, infatti, è largamente influenzata dagli scopi che l'investigatore si propone e dall'uso che egli intende fare dei dati raccolti. Il clinico ad esempio, può avere come obiettivo l'aumento dell'aderenza dei pazienti al trattamento oppure può voler dimostrare agli amministratori, mediante i risultati positivi dell'indagine, la validità della sua azione terapeutica per evitare che siano introdotti cambiamenti nel Servizio; gli amministratori, viceversa, possono valutare le capacità dei singoli operatori oppure usare le informazioni per migliorare l'efficienza del Servizio sul piano delle prestazioni e/o dell'accoglienza e dell'abitabilità. Le diverse finalità che queste ricerche possono avere, rischiano in parte di giustificare, lo scetticismo, le critiche e la sfiducia che molti manifestano verso questo tipo d'indagini.

⁷⁷ LUCIANO CONTI, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Collana Progressi in Psichiatria 1999
Cap. 28 Pag 1595-1596.

D'altra parte però la soddisfazione dell'utente è un requisito fondamentale per ogni rapporto, è essenziale per il trattamento al fine di evitare interruzioni per mancanza di aderenza, ed è una necessità per il Servizio che, se sottoutilizzato, rischia la chiusura, indipendentemente dalle sue reali capacità. In molti casi però, soprattutto in ambito psichiatrico, in cui è difficile evidenziare e quantificare i cambiamenti del quadro psicopatologico, la soddisfazione dell'utente diviene un importante indicatore di efficacia nonostante i limiti e le critiche appena menzionate. Infatti, negli ultimi 15-20 anni è stato effettuato un numero crescente di studi tesi a valutare la soddisfazione degli utenti dei Servizi di salute mentale nei diversi setting in cui viene prestata l'assistenza, dai reparti di degenza ai day hospital, dai servizi di emergenza psichiatrica agli ambulatori ed alle strutture residenziali, utilizzando le più diverse metodologie a disposizione come: interviste dirette, telefoniche o per posta, pazienti in trattamento o a varia distanza dalla dimissione. I risultati riscontrati in linea di massima, nonostante le notevoli differenze metodologiche, dimostrano che la soddisfazione nei confronti dei Servizi psichiatrici sia generalmente elevata. Questo dato attribuisce una forte limitazione all'indagine in quanto vi è una difficoltà intrinseca ad identificare soggetti più o meno insoddisfatti che potrebbe essere motivata dalla “**desiderabilità sociale**”, ossia il dare risposte gratificanti per l'intervistatore e rispondere ciò che si pensa gli faccia piacere sentirsi dire. È probabile, tuttavia, che il problema sia legato più agli strumenti utilizzati che all'indagine di per sé: è infatti, ipotizzabile che, se venissero indagati più approfonditamente ed analiticamente le aree di insoddisfazione piuttosto che quelle di soddisfazione, si otterrebbero risultati diversi, più obiettivi e forse più utili⁷⁸ al fine di migliorare i Servizi stessi.

⁷⁸ LUCIANO CONTI, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Collana Progressi in Psichiatria 1999
Cap. 28 Pag 1596.

Il punto critico nel settore della valutazione della soddisfazione dell'utente è proprio quello degli **strumenti di valutazione**. In nessun altro settore si è assistito ad una paragonabile proliferazione di strumenti creati da singoli ricercatori per situazioni locali, specifiche, con scarsa attenzione alla loro validità ed affidabilità. Si tratta di questionari eterogenei, che esplorano aree diverse, con criteri disomogenei, spesso senza alcun riferimento al rationale in base al quale sono state scelte le aree da esplorare, le domande da porre ed il contenuto stesso del questionario senza attuare un processo concreto e solido in riferimento alla loro validità. In mancanza di uno standard oggettivo al quale fare riferimento nella valutazione della soddisfazione, è elevato il rischio che queste indagini possano essere manipolate in un senso o nell'altro, per dimostrare, ad esempio che tutto funziona alla perfezione e che non c'è niente da cambiare o che niente funziona e tutto deve essere cambiato: basta focalizzare l'attenzione su aspetti diversi, di maggiore o minore importanza o interesse per il paziente, per ottenere risultati diametralmente opposti. Sarebbe estremamente importante e necessario che fosse messa bene a fuoco la validità di contenuto di questi strumenti di indagine in modo da garantire che siano presi in considerazione gli aspetti realmente importanti e significativi per la soddisfazione del paziente, ma finora non sono state individuate variabili correlate direttamente con questa dimensione⁷⁹. Diverso è il discorso circa l'affidabilità di tali questionari poiché in questo caso le differenze che si registrano nella soddisfazione possono essere dovute a reali cambiamenti, generalmente legati alle modificazioni del quadro clinico.

⁷⁹ LUCIANO CONTI, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Collana Progressi in Psichiatria 1999
Cap. 28 Pag 1596.

I principali questionari che hanno dimostrato una maggiore validità ed affidabilità sono il *Patient Satisfaction Questionnaire - PSQ* (Ware et al, 1976) ed il *Client Satisfaction Questionnaire - CSQ* (Larsen et al., 1979; Attkinson e Zwick, 1982), che hanno avuto ampia diffusione e sono stati punto di partenza per lo sviluppo di altre scale di valutazione. Il PSQ è uno strumento creato per la valutazione della soddisfazione per le cure mediche in generale dal quale sono state successivamente sviluppate il **PSQ-II** (Ware et al., 1984) ed il PSQ-III (Marshall et al., 1993)⁸⁰ composto da 55 item che formano 18 subscale, una di soddisfazione generale e le altre 17, specifiche, che possono essere raggruppate in subscale di secondo ed anche di terzo ordine. Gli item sono valutati su una scala a 5 punti (da 1 = Completamente d'accordo, a 5 = In completo disaccordo); è ampiamente usata anche una forma abbreviata composta da 43 item del PSQ-II. Il **PSQ-III**, una derivazione del PSQ-II, è uno strumento di 50 item che è stato usato nel *Medical-Outcome-Study* (MOS), il quale, oltre alla soddisfazione generale, misura sei aspetti specifici quali: *modalità di rapporto interpersonale, comunicazione competenza tecnica, tempo passato con i medici, aspetti economici e accesso alle cure*. La scala ha mostrato buona affidabilità e validità. Il CSQ invece rappresenta, il risultato delle ricerche condotte fin dal 1975 dai ricercatori dell'Università della California - San Francisco, che hanno lavorato allo sviluppo di strumenti di misura per valutare la soddisfazione del paziente nei confronti dei servizi psichiatrici e psico-sociali. Il frutto di queste ricerche è rappresentato, oltre che dal CSQ, dalla *Service Satisfaction Scale-SSS* (Greenfield e Attkisson, 1989). I due strumenti consentono di ottenere una misurazione diretta della soddisfazione dell'utente nei diversi tipi di Servizi. Il CSQ⁸¹ è un questionario di autovalutazione adatto alla valutazione della soddisfazione del paziente e della famiglia per i servizi ricevuti.

⁸⁰ LUCIANO CONTI, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Collana Progressi in Psichiatria 1999 Cap. 28 Pag 1597.

⁸¹ LUCIANO CONTI, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Collana Progressi in Psichiatria 1999 Cap. 28 Pag 1598.

I 31 item della versione originale (CSQ-31) sono stati tratti da una vasta serie di domande (Larsen et al., 1979) che coprono 9 aree ritenute in grado di rilevare la soddisfazione del paziente: *l'ambiente fisico, le procedure, lo staff di supporto, il tipo di servizio, lo staff terapeutico, la qualità del servizio, la quantità o la durata del servizio, l'esito del servizio e la soddisfazione generale*. Attraverso una serie di analisi statistiche sono state isolate diverse misure unidimensionali aventi ciascuna, una diversa utilità pratica. La versione più utilizzata è quella costituita da 8 item (CSQ-8), che ha una forte coerenza interna e che correla fortemente con le versioni più lunghe, in particolare con quella formata da 18 item (CSQ-18) di cui esistono due versioni, A e B, adatte per studi test-retest.

La scala è ampiamente usata ed è stata tradotta in diverse lingue, tuttavia la sua mono-dimensionalità rappresenta un limite notevole alla sua sensibilità e validità.

L'SSS-30 è composta da item meno globali e più specifici rispetto al CSQ, in quanto la valutazione viene effettuata su di una scala a 5 punti (da 1 = pessimo a 5= eccellente) caratterizzata da item di contenuto molto più differenziato che ha permesso, la formazione di una scala multifattoriale e di discriminare i differenti livelli di soddisfazione associati alle diverse componenti su cui si articola l'attività prestata dal Servizio. L'analisi fattoriale ha isolato quattro dimensioni, due più stabili, quali: *capacità e modalità di comportamento del medico* e *percezione dell'esito*, e due meno stabili, ossia le *procedure burocratiche* e *l'accessibilità*. I due strumenti hanno mostrato buone proprietà psicometriche dando esiti positivi al confronto con altri strumenti; sono stati tradotti in diverse lingue ed utilizzati in numerose ricerche. Nell'ambito dello stesso gruppo, ed in diretta derivazione dal CSQ-8, è stato messo a punto anche il *Service Evaluation Questionnaire - SEQ* (Nguyen et al., 1984) che valuta i sintomi psicologici.

Fra gli altri strumenti possiamo ricordare il ***Client Satisfaction Survey-CSS*** (Essex, 1981), che con 10 item valuta *la soddisfazione nei confronti del Servizio, l'accettabilità del medico, l'impatto del servizio e la dignità del trattamento*. Questo strumento, anche se ha qualche limitazione dal punto di vista psicometrico, è di facile somministrazione ed è uno dei pochi strumenti metodologicamente soddisfacenti che è usato regolarmente, anche se prevalentemente su base locale⁸².

Inoltre la ***Satisfaction with Mental Health Care - SMHC scale*** (Slater et al., 1982) valuta, con 32 item su di una scala a 5 punti, due dimensioni: *l'accettabilità e la soddisfazione*, ed il ***Patient Opinion Survey-POS*** (McDonald et al., 1988), che possiede discrete caratteristiche psicometriche, ma che ha il suo limite principale nel fatto che i suoi item sono dicotomici e ciò pone un grande limite nei confronti della sua sensibilità.

Più complesso è il ***Treatment Outcome Profile - TOP*** (Holcomb et al., 1989), uno strumento specificamente creato per i pazienti ricoverati che si articola su 4 subscale, ognuna composta da 9 item valutati su di una scala a 5 punti, che esplorano, oltre alla soddisfazione dei pazienti nei confronti del trattamento, anche *i cambiamenti della qualità della vita, la sintomatologia ed il livello di funzionamento*. Nella sub-scala che valuta la soddisfazione, i primi 3 item riguardano *l'efficacia del trattamento e la competenza dello staff* e gli ultimi tre *l'ambiente del trattamento*. Per la sua struttura, la scala consente di verificare il rapporto tra le dimensioni della soddisfazione e le altre misure cliniche e di esito.

⁸² LUCIANO CONTI, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Collana Progressi in Psichiatria 1999
Cap. 28 Pag 1599.

Il *Patient Judgment System - PJS* (Nelson et al., 1989) è uno strumento che valuta l'opinione del paziente sulla qualità dell'assistenza ospedaliera in generale, indipendentemente dalla specifica patologia e si presta al monitoraggio a lungo termine della qualità dei servizi ma anche all'identificazione delle aree critiche in funzione del miglioramento. È una scala di autovalutazione di 68 item valutati su una scala a 5 punti, da Eccellente a Molto scarso. Il PJS, che già deriva da una versione più ampia, di 108 item, è stato successivamente ridotto a 24 ed a 14 item per giungere alla versione più recente, di 9 item, cui è stato dato il nome di *Patient Comment Card - PCC* (Nelson et al., 1991). Lo strumento è adeguatamente validato per la valutazione dei servizi ospedalieri ricevuti ed è perciò uno strumento affidabile e valido anche nelle versioni abbreviate.

Un altro strumento degno di nota è il *General Satisfaction Questionnaire-GSQ* (Huxley-Mohamad 1991), che misura, oltre alla soddisfazione generale, quella per *l'aiuto ricevuto, per l'accesso al Servizio e per la sua accettabilità*.

Il GSQ è stato sviluppato dalle esperienze degli utenti dei diversi Servizi: sulla base di questi è stata messa a punto una prima versione, il **GSQ-20.1**, che incorporava anche gli item del CSQ-8⁸³.

⁸³ LUCIANO CONTI, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Collana Progressi in Psichiatria 1999
Cap. 28 Pag 1600

L'esperienza sul campo e l'elaborazione dei dati raccolti con questo strumento hanno portato alla formulazione di una scala generale e di sei scale speciali da utilizzare nei diversi setting⁸⁴:

- il GSQ-20.2, form generale composta da 20 item;
- il GSQ-10, form da utilizzare con i pazienti psichiatrici ambulatoriali composta da 10 item;
- il GSQ-9, form da impiegare nei servizi di supporto della comunità composta da 9 item;
- **il GSQ-8, form per i pazienti psichiatrici ricoverati composta da 8 item;**
- il GSQ-7, form per i centri diurni composta da 7 item;
- il GSQ-7C, form da utilizzare nei centri di salute mentale della comunità composta da 7 item;
- il GSQ-6, form da impiegare nel contesto dei servizi di terapia occupazionale composta da 6 item.

I sette questionari prevedono due domande aperte relative a ciò che l'utente giudica la cosa migliore e su ciò che cambierebbe del Servizio ed un giudizio generale sui servizi ricevuti, da esprimere su di una scala analogica con solo i due estremi che descrivono il servizio migliore ed il peggiore che il paziente abbia ricevuto. Tutte le versioni, compresa quella generale che è un po' più lunga, sono di facile e rapido impiego e, forniscono informazioni paragonabili a quelle degli altri strumenti, rispetto ai quali non sono inferiori nell'identificazione dei pazienti insoddisfatti del Servizio. Due strumenti italiani, messi a punto dal gruppo di Verona, hanno ricevuto sostanziali consensi anche fuori dall'Italia e sono il *Verona Expectation for Care Scale - VECS* e il *Verona Service Satisfaction Scale - VSSS* (Ruggeri e Dall'Agnola, 1993).

⁸⁴ P HUXLEY AND H MOHAMAD, *The General Satisfaction Questionnaire* (GSQ), 1991.

Le due scale rappresentano un tentativo di migliorare la qualità della valutazione della soddisfazione degli utenti dei servizi psichiatrici di comunità; il primo chiede all'utente di specificare i cinque aspetti che, nella sua esperienza, ritiene i più importanti nel caratterizzare un'assistenza psichiatrica soddisfacente, il secondo esplora l'opinione dell'utente sui servizi ricevuti nell'ultimo anno.

Uno strumento specificamente diretto agli operatori sociali è la **Reid-Gundlach Social Service Satisfaction Scale - R-GSSSS** (Reid e Gundlach, 1983), una scala di autovalutazione composta da 34 item, valutati su una scala a 5 punti (da 5 = completamente d'accordo a 1 = in totale disaccordo) che fornisce un punteggio globale della soddisfazione verso il Servizio e tre subscale che prendono in considerazione le reazioni dell'utente nei confronti dei servizi sociali relativamente alla **rilevanza**, ossia la misura in cui un Servizio corrisponde alla percezione del paziente, dei suoi bisogni e problemi, all'**impatto**, ossia la misura in cui il servizio riduce i problemi ed alla **gratificazione**, ossia la misura in cui i Servizi aumentano l'autostima del paziente e contribuiscono al senso di potere e di integrità. Le tre subscale sono sufficientemente indipendenti da giustificare il loro impiego per la valutazione di aspetti diversi della soddisfazione dell'utente.

Pochi sono gli strumenti specificamente destinati a valutare la soddisfazione dei familiari degli utenti nei confronti del Servizio.

La **Family Service Satisfaction Scal - FSSS** (Grella e Grusky, 1989) infatti, è certamente uno strumento interessante ma scarsamente studiato dal punto di vista psicometrico, così come il **Family Service Satisfaction - FSS**, derivato dall'SSS-30 ma di cui non sono stati ancora pubblicati dati rilevanti a tale scopo.

**TAB. I - PRINCIPALI STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DELLA
SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE NEI CONFRONTI DEL
TRATTAMENTO⁸⁵**

Scala	Autori
User Satisfaction Survey - USS	Love et al, 1979
Client Satisfaction Survey - CSS	Damkot et al., 1983
Patient Satisfaction Questionnaire - PSQ	Ware et al., 1976
Patient Satisfaction Questionnaire-II - PSQ-II	Ware et al., 1984
Patient Satisfaction Questionnaire-III - PSQ-III	Marshall et al., 1993
Client Satisfaction Questionnaire - CSQ	Larsen et al., 1979
Service Satisfaction Scale - SSS	Greenfield e Attkisson, 1989
Service Evaluation Questionnaire - SEQ	Nguyen et al., 1984
Client Satisfaction Survey - CSS	Essex, 1981
Satisfaction with Mental Health Care - SMHC	Slater et al., 1982
Patient Opinion Survey - POS	McDonald et al., 1988
Treatment Outcome Profile - TOP	Holcomb et al., 1989
Patient Judgment System - PJS	Nelson et al., 1989
Patient Comment Card - PCC	Nelson et al., 1991
General Satisfaction Questionnaire - GSQ	Huxley e Mohamad, 1991
Verona Expectation for Care Scale - VECS	Ruggeri e Dall'Agnola, 1993
Verona Service Satisfaction Scale - VSSS	Ruggeri e Dall'Agnola, 1993
Reid-Gundlach Social Service Satisfaction Scale - R-GSSSS	Reid e Gundlach, 1983
Family Service Satisfaction Scale - FSSS	Grella e Grusky, 1989

⁸⁵ LUCIANO CONTI, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Collana Progressi in Psichiatria 1999 Cap.28 pag.1597.

Merita una particolare attenzione, uno studio⁸⁶ di recente pubblicazione finalizzato ad analizzare strumenti e metodi per misurare la Patient Satisfaction prendendo in considerazione l'esperienza degli utenti liguri in riferimento ai servizi sanitari presenti sul territorio con il supporto e la collaborazione del management delle aziende sanitarie, della Regione Liguria e dell'Agenzia Regionale Sanitaria Ligure, e dei ricercatori del laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Questo studio descrive lo sviluppo e il processo di validazione di un questionario sulla soddisfazione degli utenti dei servizi di medicina territoriale applicabile nel contesto italiano. Il questionario oggetto di studio, è stato costruito dopo aver ricercato nella bibliografia esistente, le principali dimensioni misurate dai questionari sull'assistenza territoriale, adattando al contesto italiano gli item utilizzati nell'esperienze internazionali. Nel Gennaio 2009 il questionario è stato somministrato nel corso di un'indagine rivolta ad un campione casuale di cittadini liguri che negli ultimi 12 mesi avevano avuto accesso ai servizi di medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica e diagnostica ambulatoriale presso le strutture delle aziende sanitarie liguri. Attraverso l'analisi fattoriale, il coefficiente di correlazione e l'alfa di Crombach si è voluto esaminare la relazione esistente tra gli item introdotti nel questionario e la loro affidabilità come misure di Patient Satisfaction con i servizi territoriali. L'analisi psicometrica condotta sulle dimensioni ha riportato evidenze positive sulla validità e affidabilità dello strumento. La verifica di queste proprietà ha permesso l'utilizzo dei dati raccolti con questo strumento in un sistema di valutazione multidimensionale della performance per misurare la qualità dei servizi sanitari territoriali secondo la prospettiva dell'utente.

⁸⁶ ANNA MARIA MURANTE, *Strumenti e metodi per misurare la Patient Satisfaction nei sistemi multidimensionali di valutazione della performance in Sanità*, Working Paper Series of Laboratorio Management e Sanità Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa n° 05, 2009.

I feedbacks dei pazienti, insieme agli indicatori sanitari e ai risultati economici, consentono di offrire una rappresentazione significativa dei risultati conseguiti e permettono di individuare i punti di forza e di debolezza attraverso una duplice prospettiva, interna ed esterna.

In ultima analisi è possibile quindi affermare che, la valutazione della soddisfazione del paziente rispecchia il primo passo per valutare l'efficienza dei Servizi, la loro reale rispondenza ai bisogni ed alle richieste degli utenti, dei loro familiari e della collettività per apportare cambiamenti organizzativi, strutturali, metodologici, comportamentali, nei settori che risultano scarsamente accettabili o che influiscono negativamente sull'esito dei trattamenti⁸⁷. Nonostante il dibattito sul significato e sull'impatto della soddisfazione dell'utente sull'assistenza psichiatrica sia ancora lontano dall'aver portato ad un consenso generale, sono stati attuati numerosi progressi in termini di accrescimento della consapevolezza della complessità del problema sia da un punto di vista concettuale che metodologico. Infatti, i dati fino ad oggi raccolti, mostrano chiaramente che l'impiego di una metodologia corretta, può fornire informazioni importanti che, se correttamente impiegate, possono portare a sostanziali benefici in termini di miglioramento qualitativo e quantitativo degli esiti dei trattamenti. Le future ricerche dovranno pertanto utilizzare strumenti in grado di garantire una migliore qualità dei dati raccolti da un punto di vista psicometrico, analizzando in maniera più approfondita le aree d'insoddisfazione, le caratteristiche dei pazienti e degli interventi effettuati tenendo conto anche della valutazione espressa dai familiari dei pazienti. Sarebbe opportuno infine incrementare l'attività di confronto fra i diversi studi in modo da assicurare che i dati riguardanti la soddisfazione siano significativi e generalizzabili in modo da accrescere il loro corretto e più necessario utilizzo.

⁸⁷ LUCIANO CONTI, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Collana Progressi in Psichiatria 1999 Cap.28 pag.1600.

3.2.3. Esempi di indagini svolte sulla Patient Satisfaction sul territorio nazionale in ambito ospedaliero

L'importanza della valutazione del grado di soddisfazione del paziente a seguito di qualsiasi prestazione sanitaria ricevuta, è ormai ritenuta di estrema e fondamentale importanza al fine di migliorare l'operato dell'assistenza sanitaria e di conseguenza la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari. Numerose infatti sono le testimonianze in merito che illustrano tali attività mediante l'impiego di indagini e somministrazioni di questionari per verificare l'andamento delle prestazioni sanitarie. Di seguito né riportiamo alcuni esempi:

a) PROGETTO OUTCOME DI VERONA-SUD NELLA VALUTAZIONE DI ROUTINE DELL'ESITO NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE⁸⁸:

Si tratta di uno studio naturalistico e longitudinale avviato nel 1994 a Verona-Sud, che ha l'obiettivo di valutare l'esito clinico e sociale dei pazienti assistiti presso il Servizio Psichiatrico Territoriale (SPT) di Verona-Sud. Il principale presupposto metodologico su cui si fonda il Progetto Out-come è quello di privilegiare lo studio dei fenomeni che avvengono nel "mondo reale", piuttosto che affrontare il problema dell'efficacia teorica dei vari trattamenti.

Tale progetto possiede due caratteristiche peculiari: l'utilizzazione di strumenti standardizzati per la raccolta delle informazioni che vengono quotidianamente riportate nelle cartelle cliniche durante l'attività di routine, e l'impiego, nel processo di valutazione, sia degli operatori del Servizio che degli stessi pazienti.

⁸⁸ MIRELLA RUGGERI, ANTONIO LASALVIA, *La valutazione di routine dell'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Unità di Valutazione dell'Esito e WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, Università di Verona, Verona 2003.

Il Progetto Out-come ha infatti tra gli elementi più qualificanti proprio quello di promuovere l'utilizzazione di strumenti standardizzati per la raccolta di tutte quelle informazioni che vengono quotidianamente registrate nelle cartelle cliniche nel corso dell'attività clinica di routine e di impiegare nel processo di valutazione, gli stessi operatori del servizio. Proprio in quest'ottica, il Progetto Out-come rappresenta il primo organico tentativo mai realizzato sia in campo nazionale sia internazionale di ricavare dati utili per la valutazione dell'efficacia degli interventi forniti dai servizi di salute mentale attraverso uno studio naturalistico di esito, condotto all'interno di un pratica clinica strutturata. Le aree oggetto di valutazione riguardano *il funzionamento globale, la psicopatologia, la disabilità nei ruoli sociali, i bisogni di cura, la qualità della vita e la soddisfazione nei confronti dei servizi*. La valutazione delle prime quattro aree viene effettuata dal medico o dallo psicologo di riferimento di ciascun paziente, mentre quella delle ultime due dal paziente stesso. Per standardizzare la raccolta delle informazioni ciascun operatore del Servizio segue uno specifico training sulle modalità di somministrazione dei vari strumenti. essi sono stati scelti sulla base della loro accettabilità, semplicità di compilazione, rilevanza dei contenuti nell'ambito della routine clinica e requisiti psicometrici di buona riproducibilità in particolar modo nel contesto clinico e quando utilizzati da operatori che abbiano eseguito solo un breve training.

Nell'ambito del Progetto Out-come vengono utilizzati sia strumenti etero somministrati, compilati cioè da un intervistatore, che autosomministrati, cioè compilati direttamente dal paziente i quali valutano aspetti squisitamente soggettivi dell'esperienza vissuta dal paziente.

Di regola essi vengono fatti compilare direttamente dai pazienti, tuttavia in alcuni casi particolari (ad esempio, in caso di deficit cognitivo, di insufficiente padronanza della lingua italiana, o in presenza di gravi sintomi psicopatologici) possono essere somministrati con l'assistenza dell'intervistatore. Essi comprendono il *Lancashire Quality of Life Profile*, per la valutazione della qualità della vita e la *Verona Service Satisfaction Scale*⁸⁹ per la **valutazione della soddisfazione nei confronti del servizio**. I pazienti in carico al SPT di Verona-Sud sono stati valutati ininterrottamente, secondo le due cadenze annuali definite dal disegno del Progetto Out-come, che intercorrono dall'Aprile 1994 al Dicembre del 1997. Nell'arco di questo periodo sono state complessivamente effettuate circa 2500 valutazioni standardizzate da parte degli operatori del Servizio ed oltre 1000 autovalutazioni da parte degli stessi pazienti. È stato pertanto ottenuto un ricchissimo database che ha consentito la realizzazione di una serie di lavori scientifici grazie ai quali è stato caratterizzato il profilo dell'utenza del SPT di Verona-Sud rispetto ad un set di variabili ritenute all'unanimità rilevanti per la valutazione degli esiti dell'assistenza psichiatrica e sono stati indagati i rapporti intercorrenti tra ciascuna variabile di esito e le caratteristiche socio-demografiche, cliniche e relative all'utilizzazione del Servizio.

Il primo lavoro ha fornito indicazioni su come utilizzare tecniche grafiche come per esempio le facce di Chernoff, le coordinate parallele e le curve di Andrews al fine di rappresentare in maniera efficace e di rapida comprensione i dati multidimensionali.

⁸⁹ MIRELLA RUGGERI, ANTONIO LASALVIA, ROSA DELL'AGNOLA, MICHELE TANSELLA, BOBVAN WIJNGARDEN, HELLE CHARLOTTE KNUDSEN, MORVEN LEESE and LUISI GAITE, *Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale- European version: EPSILON Study 7*, Bj Psych 2000, 177: s41-s48.

Il secondo lavoro ha esplorato le relazioni esistenti fra le varie dimensioni dell'esito indagate nel Progetto Out-come mediante una tecnica statistica innovativa, chiamata *Graphical Chain Models*, idonea ad analizzare set complessi di dati e in grado di identificare le relazioni esistenti fra le variabili in maniera condizionale all'effetto di altre variabili. I risultati di questo studio hanno evidenziato che psicopatologia, disabilità e funzionamento globale misurati al baseline sono in grado di predire i successivi livelli misurati a sei mesi, nel senso che i soggetti con i maggiori livelli di gravità tendono a manifestare dopo sei mesi dalla prima valutazione, un miglioramento più marcato nelle stesse dimensioni. Inoltre, il trattamento di pazienti con elevati livelli di psicopatologia e scarso funzionamento è gravato da costi assistenziali più elevati, senza tuttavia che a tale maggiore costo economico corrisponda un successivo incremento dei livelli di funzionamento. Riguardo alle correlazioni tra le variabili è stato trovato che quelle cliniche, vale a dire *psicopatologia, funzionamento globale e disabilità*, tendono ad essere strettamente correlate tra loro; analogamente le variabili che esplorano l'esperienza soggettiva dei pazienti, quali qualità della vita soggettiva e soddisfazione per i servizi, sono tra loro fortemente correlate, mentre, invece, le correlazioni tra questi due gruppi di variabili appaiono molto deboli. Infatti, ad eccezione della soddisfazione verso i servizi, nessuna variabile è in grado di predire la qualità della vita; mentre la soddisfazione verso i servizi risulta essere correlata con una bassa disabilità alla valutazione iniziale e dal miglioramento del funzionamento globale tra le due successive valutazioni.

Per quanto riguarda la soddisfazione nei confronti dei servizi sono stati indagati, a livello trasversale, i possibili fattori predittivi della soddisfazione nei confronti dell'assistenza ricevuta in un campione di 265 utenti del SPT di Verona-Sud valutati nel corso del Progetto Out-come; utilizzando come variabili esplicative caratteristiche socio-demografiche, cliniche come diagnosi, durata di malattia, psicopatologia, disabilità, funzionamento globale, quelle relative all'utilizzazione dei servizi ed, infine, due variabili soggettive quali l'autostima ed il livello autopercepito di benessere psicologico. Lo studio ha evidenziato che né le caratteristiche socio-demografiche, né la diagnosi, né tanto meno la psicopatologia sono in grado di predire il grado di soddisfazione dei pazienti nei confronti del Servizio; quest'ultima appare invece essere strettamente correlata ai livelli di disabilità e, soprattutto, al grado di autostima; tuttavia i modelli individuati dalle analisi multivariate sono stati in grado di spiegare una quota piuttosto esigua della varianza totale (18% circa), dimostrando che la soddisfazione dipende da fattori diversi rispetto a quelli inclusi nelle analisi effettuate, nonostante siano similmente legati alle specifiche caratteristiche organizzative ed allo stile di lavoro del Servizio indagato.

b) MIGLIORAMENTO CLINICO E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE COME INDICI DI QUALITÀ NEL RICOVERO PSICHIATRICO⁹⁰ :

Il presente studio è stato condotto presso la Clinica Psichiatrica Universitaria, Struttura Semplice Complessa a valenza Dipartimentale di Torino e con la collaborazione del Coordinamento Assistenziale Psichiatrico e il Dipartimento di Neuroscienze dello stesso territorio, nel periodo compreso tra Gennaio 2007 e Dicembre 2008.

⁹⁰ C. MONTEMAGNI, N. BIRINDELLI, M. GIUGIARIO, M. GRAFFINO, C. MINGRONE, M. SIGAUDO, S. ZAPPIA, P. ROCCA, *Clinical improvement and patient satisfaction as quality indexes of psychiatric hospitalization*, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino, *Journal of Psychopathology* 2012;18:40-48.

Sono stati reclutati 160 pazienti consecutivi, in ricovero volontario con diagnosi di disturbo depressivo (disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico, disturbo depressivo non altrimenti specificato), disturbo bipolare (disturbo bipolare I, disturbo bipolare II, disturbo ciclotimico, disturbo bipolare non altrimenti specificato) e disturbo psicotico (schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo schizoaffettivo, disturbo delirante, disturbo psicotico breve, disturbo psicotico non altrimenti specificato). Al momento della valutazione tutti i pazienti hanno ricevuto un adeguato trattamento psicofarmacologico, come raccomandato dalle linee guida *dell'American Psychiatric Association*.

La diagnosi è stata formulata secondo i criteri del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV TR)* ed è stata confermata da due medici esperti utilizzando la *Structural Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID)*. I pazienti sono stati valutati tramite un'intervista semi-strutturata, al fine di raccogliere dati relativi alle variabili demografiche e alla storia psichiatrica. In modo particolare, sono state raccolte le seguenti informazioni: età, genere, scolarità, età d'insorgenza della malattia (calcolata sulla base del primo contatto con i servizi psichiatrici) e numero di precedenti ospedalizzazioni. La gravità di malattia è stata valutata all'ingresso in reparto e alle dimissioni tramite la *Clinical Global Impression Severity-Scale (CGI-S)*. La CGI-S è una scala di tipo globale che valuta la gravità complessiva del disturbo, indipendentemente dalla sua complessità psicopatologica.

La psicopatologia è stata valutata all'ingresso e alle dimissioni dal reparto tramite l'uso della *Brief Psychiatry Rating (BPRS)*, una scala psicometrica validata e ampiamente utilizzata, che si è dimostrata un'utile misura di outcome nell'ambito del ricovero in strutture psichiatriche nel corso di brevi degenze. Rappresenta infatti, uno strumento rapido ed efficiente di valutazione dei cambiamenti della sintomatologia che fornisce una descrizione ampia ed esaustiva delle caratteristiche dei principali sintomi. L'analisi fattoriale dei 18 item originali della BPRS ha portato all'estrazione di cinque fattori: *ansia-depressione, anergia, disturbo del pensiero, attività, ostilità-sospettosità*. La somma dei punteggi dei singoli item fornisce un punteggio totale, che può essere considerato espressione della gravità del disturbo psichico. La valutazione della soddisfazione è stata eseguita tramite la **General Satisfaction Questionnaire For Use with Psychiatric In-Patients (GSQ-8)**. La scala è specifica per i pazienti psichiatrici ricoverati ed è composta da 8 item, valutati su una scala di 4 punti. Inoltre sono presenti due domande aperte, relative a ciò che l'utente giudica la cosa migliore e su ciò che cambierebbe del Servizio e un giudizio generale sui servizi ricevuti. Il questionario è stato proposto l'ultimo giorno di ricovero e consegnato al momento della dimissione. Alcuni di questi pazienti hanno avuto diversi ricoveri nel corso del periodo in esame e in tutti i casi è stato selezionato il questionario relativo al primo ricovero. Le scale di valutazione sono state somministrate da due medici esperti, formati precedentemente allo studio per somministrare gli stessi strumenti di valutazione psicometrica. I pazienti del campione (n = 160) avevano una diagnosi di disturbo depressivo (n = 91), disturbo bipolare (n = 25), disturbo psicotico (n = 44). I tre gruppi diagnostici presentavano delle differenze nell'età, scolarità ed età di esordio.

All'ingresso in reparto i punteggi medi dell'intero campione erano: BPRS totale 40,1 (\pm 10,7), fattore “*ansia-depressione*” 13,8 (\pm 3,21), fattore “*anergia*” 8,19 (\pm 3,54), fattore “*disturbo del pensiero*” 6,58 (\pm 3,62), fattore “*attività*” 6,54 (\pm 2,79), fattore “*ostilità/sospettosità*” 5,23 (\pm 2,86).

I diversi gruppi diagnostici presentavano all'ingresso in reparto punteggi significativamente differenti alla BPRS totale e ai specifici fattori sintomatologici. Il 69% del campione mostrava una riduzione maggiore del 20% del punteggio iniziale della BPRS totale, in particolare il 70% dei pazienti con disturbo psicotico e disturbo depressivo, il 60% dei pazienti con disturbo bipolare. Le caratteristiche cliniche del campione alle dimissioni erano significativamente migliorate, come dimostrato dalle differenze significative rilevate all'analisi della varianza per misure ripetute, che confrontava il punteggio totale e i fattori della BPRS e il punteggio della CGI-S tra l'ingresso e le dimissioni nei tre gruppi diagnostici. Il miglioramento della BPRS era significativamente diverso tra i tre gruppi diagnostici. Al punteggio totale della BPRS i pazienti con disturbo psicotico hanno mostrato un miglioramento significativamente maggiore dei pazienti con disturbo depressivo e dei pazienti con disturbo bipolare. Riguardo al dominio “*ansia-depressione*”, i pazienti con disturbo depressivo sono migliorati maggiormente dei pazienti con disturbo bipolare e disturbo psicotico. Per quanto riguarda il dominio “*anergia*”, i pazienti con disturbo psicotico hanno presentato un miglioramento significativamente maggiore rispetto al gruppo con disturbo depressivo. Nel dominio “*disturbo del pensiero*”, il gruppo di pazienti con psicosi ha mostrato un miglioramento significativamente maggiore rispetto al gruppo disturbo depressivo e al gruppo disturbo bipolare, mentre i pazienti con disturbo bipolare sono migliorati maggiormente dei pazienti con disturbo depressivo.

I pazienti con disturbo psicotico dimostrano un miglioramento maggiore dei pazienti con disturbo depressivo anche nel dominio attività. Il dominio “ostilità” e “sospettosità” ha mostrato un miglioramento significativamente maggiore nei pazienti con disturbo psicotico rispetto ai pazienti con disturbo depressivo. I pazienti con disturbo psicotico miglioravano significativamente al punteggio della CGI-S rispetto al gruppo con disturbo depressivo. L’analisi della distribuzione delle risposte alla GSQ dell’intero campione ha dimostrato che un numero significativamente più alto di pazienti ha scelto le risposte “molto soddisfatto” o “soddisfatto” per tutti gli item della GSQ. Poiché abbiamo riscontrato una differenza statisticamente significativa tra i gruppi diagnostici in termini di età, scolarità ed età di esordio, è stata effettuata una regressione logistica ordinale, con età, scolarità ed età di esordio come covariate. Rispetto alla diagnosi sono state rilevate differenze significative tra i gruppi alla domanda 6 (<<In che misura è soddisfatto dell’insieme delle attività offerte da questo servizio?>>). Non sono emerse differenze di distribuzione delle risposte alla GSQ rispetto al genere. Dai risultati di tale studio è emerso che tutti i pazienti hanno dimostrato un miglioramento della psicopatologia e un’ottima soddisfazione nei confronti del ricovero. Inoltre i livelli di soddisfazione non sono associati a caratteristiche demografiche e solo in parte a quelle cliniche. Questo suggerisce che il ricovero, anche breve, costituisce un trattamento adeguato a un campione di pazienti eterogenei per diagnosi, gravità di malattia, età e sesso.

c) L'OPINIONE DEI GENITORI SUI SERVIZI DI SALUTE MENTALE
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA: UNO STUDIO
MULTICENTRICO⁹¹:

A causa della limitata disponibilità di strumenti di valutazione della soddisfazione per le attività di neuropsichiatria infantile, nasce il seguente studio volto proprio alla costituzione di un questionario in grado di raccogliere informazioni circa l'opinione dei genitori sulla qualità dell'assistenza nei servizi di salute nel bambino. Si tratta di un questionario autocompilato denominato *Orbetello Satisfaction Scale-for child and adolescents Mental Health Services (OSS)*, dal nome della sede geografica del servizio che l'ha sviluppato. Una prima bozza del questionario è stata messa a punto dall'Unità Funzionale di Salute Mentale l'Infanzia e l'Adolescenza (UFSMIA) dell'Azienda USL 9 Grosseto- Zona 2, ad Orbetello ed è poi stata discussa in un focus-group insieme ai familiari. Il questionario finale è composto da 46 item, raggruppati in 7 sezioni di cui le prime 6 contengono da 5 a 7 domande specifiche più una di giudizio complessivo, mentre l'ultima contiene 3 domande generali conclusive. Il compilatore è invitato a riferirsi a quanto successo negli ultimi 12 mesi. Successivamente allo studio di riproducibilità, lo strumento è stato introdotto nella routine dell'Unità di Neuropsichiatria Infantile di Orbetello e di altri 4 servizi pubblici, per un totale di 2 Unità Funzionali (Massa e Orbetello), 2 Strutture Semplici (Genova e Treviglio) e una Struttura Complessa (Torino). Il questionario è stato proposto dagli operatori (per lo più da infermieri) a tutti i genitori dei bambini e degli adolescenti in trattamento da almeno 2 mesi presso le stesse unità organizzative.

⁹¹ ANTONELLA GIGANTESCO , MAURO CAMUFFO, FIORINO MIRABELLA E PIERLUIGI MOROSINI, *L'opinione dei genitori sui servizi di salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza: uno studio multicentrico*, Ann. Ist. Sup. Sanità 2005;41(4):501-513.

In questo lavoro vengono presi in considerazione i questionari raccolti in un periodo di 1-3 mesi, a seconda del servizio ricevuto.

I questionari erano accompagnati da una lettera di presentazione in cui il responsabile del servizio spiegava gli obiettivi dello studio e assicurava l'assoluta confidenzialità delle risposte fornite. Veniva fornita anche una busta in cui inserire il questionario compilato da introdurre in un contenitore appositamente predisposto per la raccolta. Il questionario è stato compilato da 470 genitori rispetto ai 514 a cui era stato proposto pari al 91% del campione sperimentale.

Dai 470 questionari ne sono stati eliminati 23, poiché in essi era stato risposto a meno dell'80% degli item. I genitori esclusi non differivano in misura significativa per caratteristiche socio-demografiche formando un campione analizzato costituito da un totale di 447 questionari. Considerando nell'insieme le opinioni raccolte in tutti i servizi, le risposte che denotano un giudizio positivo o molto positivo vanno dall'84,6% (rapporto degli operatori con il paziente) al 34% (possibilità di parcheggio) di tutte le risposte.

Le più alte percentuali (>70%) hanno riguardato quasi esclusivamente le modalità di lavoro degli operatori, in particolare (a partire dalla percentuale più elevata): *la puntualità degli operatori, il rispetto da parte loro del divieto di fumare, la semplicità e chiarezza del linguaggio, il rispetto della privacy, la capacità di ascolto, la competenza, la cortesia e, come detto, il rapporto stabilito con il paziente.*

Le più basse percentuali (<40%) hanno riguardato (a partire dalla percentuale più bassa): *la possibilità di parcheggio, la risposta alle emergenze e la disponibilità di materiale per i trattamenti riabilitativi.*

Corrispondentemente, le più alte percentuali di risposte che denotano un giudizio negativo hanno riguardato (a partire da quella più elevata): *la risposta del servizio alle emergenze, la possibilità di parcheggio, il coinvolgimento dei genitori negli incontri tra gli operatori del servizio e la scuola e tra gli operatori del servizio e i colleghi di altri servizi (pediatra, medico di famiglia, ecc.), lo scambio di informazioni tra il servizio e i colleghi di altri servizi che eventualmente seguono il paziente e la disponibilità di materiale per i trattamenti riabilitativi.*

d) RILEVARE LA SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI E DEI FAMILIARI: L'ESPERIENZA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DI SAVONA⁹²

Si tratta di uno studio attuato nell'intento di valutare il grado di soddisfazione dei pazienti psicotici e dei loro familiari in relazione all'assistenza fornita dai quattro servizi di salute mentale ambulatoriali presso il Dipartimento di Savona. Il campione di riferimento è costituito da pazienti con una diagnosi di psicosi scelti tra quelli visitati durante il periodo che intercorre dal 1 Gennaio al 30 Aprile 2002. Lo strumento utilizzato è la *Verona Service Satisfaction Scale (VSSS)*. Questa scelta è stata motivata dalla sua maneggevolezza e dalla capacità di valutare contemporaneamente diverse aree di soddisfazione dell'utente nei confronti di un centro servizio di salute mentale. Si tratta infatti, di uno strumento nato in Italia, in grado di rappresentare quindi la realtà dei sui rispettivi servizi psichiatrici. E' dotato inoltre di buone proprietà psicometriche e indaga l'esperienza dei pazienti e dei familiari nei confronti dei servizi psichiatrici ricevuti nell'ultimo anno.

⁹² GIACINTO BUSCAGLIA, ADRIANA CAROLEI, FRANCESCA BALDAZZI, ALESSANDRA MARINONI, ANTONIO MARIA FERRO, *Surveying patients' and family members' satisfaction: the experience of the mental health department in Savona*, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 13, 3, 2004.

È stata scelta la versione a 54 item, che si raggruppano in 7 dimensioni: *Soddisfazione generale, Comportamento e maniere degli operatori, Informazione, Accesso, Efficacia, Tipo di intervento, Coinvolgimento del familiare.*

Agli utenti viene chiesto di esprimere il proprio grado di soddisfazione rispetto ai singoli item attribuendo i punteggi su di una scala Likert a 5 punti con range di valutazione da 1= pessimo a 5 = ottimo.

I risultati, derivanti da un'analisi condotta su 301 pazienti e 149 membri della famiglia, mettono in evidenza una valutazione sostanzialmente positiva dei servizi; i pazienti e i loro familiari si dimostrano abbastanza d'accordo sulla valutazione delle diverse aree di soddisfazione. I punti di forza del dipartimento sembrano essere le capacità umane e professionali degli operatori. Vi è stata inoltre la richiesta di una migliore conoscenza dei programmi del Servizio e più informazioni all'opinione pubblica, nonché di collaborazione con i medici di famiglia e altri specialisti.

La critica peggiore è rivolta alla risposta del servizio di notte soprattutto nel caso in cui sia necessario un pronto intervento. I pazienti e i loro familiari hanno reagito positivamente all'indagine rispetto agli operatori sanitari i quali hanno ostentato qualche resistenza. Tale studio infatti vuole costituire il punto di partenza per una nuova forma di collaborazione tra gli utenti e gli operatori al fine di migliorare la qualità assistenziale.

La valutazione della soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari, però non avviene solo ed esclusivamente nel settore della salute mentale bensì in ogni ambito di cura. Di seguito alcuni esempi riportati dai seguenti studi:

a) COME VALUTARE NEI FAMILIARI LA SODDISFAZIONE PER L'ASSISTENZA RICEVUTA NELLE CURE PALLIATIVE⁹³:

Tale studio intende valutare la soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari per le cure palliative ricevute durante il fine vita, attraverso il nuovo questionario *CQ-index Palliative Care (CQ-index PC)* sviluppato proprio per ottenere informazioni rilevanti dai parenti delle persone seguite da servizi di cure palliative e decedute. Il questionario, dopo aver indagato caratteristiche di fondo come l'età e il sesso dei rispondenti, si concentra sugli aspetti percepiti in riferimento alle cure ricevute sia dal un punto di vista inerente alla sintomatologia fisica, psico-sociale che spirituale. Inoltre il questionario contiene una serie di domande riguardanti l'assistenza ricevuta dai familiari nel tempo. Hanno partecipato all'indagine 392 parenti di soggetti deceduti tra sei settimane e sei mesi prima dello studio. Hanno risposto al questionario 204 parenti (per lo più erano figli del defunto), con un tasso di risposta del 52%. Un quarto circa dei pazienti era morto a casa (27,9%), un quarto in residenza sanitaria-assistenziale (27,5%), un quarto in hospice (23,5%) gli altri in case di riposo (17,2%), in ospedale (1,5%) o altrove (2,5%).

⁹³ LA RIVISTA ITALIANA DI CURE PALLIATIVE, *Come valutare nei familiari la soddisfazione per l'assistenza ricevuta nelle cure palliative*, vol. 15, n. 4-20138.

Grazie ai test psicometrici sono state distinte 6 scale, ciascuna delle quali comprendente diversi item che riguardano: *l'assistenza prestata per il benessere psico-sociale e spirituale del paziente, l'assistenza prestata per il benessere psico-sociale e spirituale dei familiari, l'attitudine dei sanitari verso i familiari, l'autonomia del paziente nelle decisioni, le informazioni per i familiari nella settimana prima della morte e la competenza dei sanitari.* Alla domanda: << **“Tu pensi sia importante che...”** >>, le prime cinque risposte in ordine di frequenza sono state: *“le persone in fine vita possano morire in pace”, “sia offerto un buon sostegno nelle situazioni acute”, “i caregiver prestino attenzione alle persone in fine vita”, “i caregiver abbiano le conoscenze necessarie”, “i caregiver tengano conto delle volontà espresse dalle persone in fine vita”.* Se invece si approfondivano gli aspetti critici, chiedendo ai parenti **quali fossero le necessità di miglioramento**, emergevano questi cinque temi: *“essere informati sulla possibilità di un'assistenza anche dopo la morte del familiare”, “avere la possibilità di una conversazione finale nella quale valutare l'assistenza prestata”, “ricevere informazioni sulle possibilità riguardo al funerale”, “ricevere sostegno con una preparazione a dire addio al proprio familiare”, “ricevere informazioni su come approcciare la morte”.* L'innovazione di tale studio consiste nel fatto che lo strumento utilizzato fornisce la possibilità di misurare l'esperienza di chi riceve le cure palliative e dei loro familiari chiedendo loro di determinare le priorità in merito. Pertanto a differenza di una semplice valutazione del grado di soddisfazione nei confronti delle prestazioni ricevute, emergono alcune aree specifiche che devono essere adeguatamente esplorate nei futuri questionari di verifica della qualità erogata che sono rispettivamente: morire in pace, avere un supporto nelle situazioni acute, ricevere attenzioni dirette alla persona e di disporre di un supporto psicologico durante e dopo il lutto.

b) LA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE: LA VERSIONE ITALIANA DEL PATIENT OUTCOME QUESTIONNAIRE DELL'AMERICAN PAIN SOCIETY⁹⁴.

Secondo le indicazioni dell'American Pain Society (APS), la valutazione dell'esito di interventi per la gestione del dolore deve considerare non solo il miglioramento dei sintomi, ma anche la soddisfazione percepita dall'utente per le cure ricevute. A questo proposito è stato realizzato il *Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ)*. Tale studio insegue lo scopo di analizzare l'affidabilità e la validità di costrutto della versione in lingua italiana del questionario. Lo strumento è stato somministrato a 322 pazienti adulti ospedalizzati e i risultati dimostrano positive qualità psicometriche, soprattutto nelle valutazioni d'intensità, interferenza e soddisfazione del paziente per la gestione del dolore. La soddisfazione per il trattamento complessivo del dolore, valutata su scala da 1 (molto insoddisfatto) a 6 (molto soddisfatto), è stata mediamente di 4,9 (DS =1,1); è risultata positiva anche la valutazione della soddisfazione per le modalità con cui gli infermieri (media=5,2; DS=1,1) e i medici (media=5,1; DS=1,0) avevano risposto alle segnalazioni di dolore del paziente. I motivi di soddisfazione più frequentemente riportati dai pazienti sono stati *la pronta risposta del personale alle richieste di trattamento e di tempi brevi di attesa del farmaco* (31,9%), oltre alla presenza di un *buon rapporto con lo staff di cura* (30,6%). I pazienti insoddisfatti hanno invece più frequentemente lamentato la non efficacia del trattamento o la presenza di effetti collaterali spiacevoli (40%) e lunghi tempi di attesa per il trattamento (28%).

⁹⁴ RENATA FERRARI, CHIARA NOVELLO, GIANLUCA CATANIA, MARCO VISENTIN, *La soddisfazione del paziente per il trattamento del dolore: la versione italiana del Patient Outcome Questionnaire dell'AmericanPainSociety*, *RecentiProgressiinMedicina*,101(7),luglio-agosto-010.

Per meglio comprendere la relazione tra soddisfazione e variabili cliniche, il campione di soggetti è stato diviso in pazienti che avevano espresso complessivamente molta soddisfazione o soddisfazione per il trattamento del dolore (n =126, 78,5%), e pazienti insoddisfatti. Dal confronto, questi ultimi erano caratterizzati da un intensità del dolore, al momento della compilazione, significativamente più elevata (5,1/10 vs 3/10 p<0,01), da un periodo di degenza ospedaliera mediamente più lungo (17,7 vs 11,8 giorni p<0,01), e da un dolore di tipo diverso da quello post-operatorio (p<0,01). Non sono emerse differenze significative tra i due gruppi per le altre variabili.

c) ASSESSMENT OF ARTHRITIS & RHEUMATISM PATIENT SATISFACTION IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING USING A MODIFIED STANFORD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE⁹⁵ :

Questa indagine è volta a misurare il grado di soddisfazione di pazienti con artrite e reumatismi nello svolgimento delle attività della vita quotidiana mediante lo *Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ)* che comprende sia domande relative al grado di difficoltà del paziente nello svolgimento di attività quotidiane funzionali e strumentali che di domande inerenti al grado di autonomia. E' stata attuata una modifica allo strumento al fine di poter includere la misurazione di un possibile cambiamento percepito nel grado di difficoltà nelle attività di vita quotidiana attraverso l'aggiunta di domande più specifiche.

⁹⁵ THEODORE PINCUS MD, JANE A. SUMMEY MS, SALVATORE A. SORACI JR. PHD, KENNETH A. WALLSTON PHD AND NORMAN P. HUMMON PHD, *Assessment of arthritis & rheumatism patient satisfaction in activities of daily living using a modified stanford health assessment questionnaire* Article first published online: 28 NOV 2005 DOI: 10.1002/art.1780261107.

I risultati mostrano che avere difficoltà funzionali non è necessariamente associato all' assenza di soddisfazione del paziente; infatti, il 43,7% dei pazienti che hanno risposto "con qualche difficoltà" e il 19,1% dei pazienti che hanno risposto "con molta difficoltà" ha espresso comunque un grado di soddisfazione "moderato" per la loro capacità funzionale. Un fattore determinante per l'espressione di soddisfazione del paziente è stata la percezione di cambiamento di difficoltà delle azioni nella vita quotidiana. Infatti, l'81,4% dei pazienti afferma di avere avuto un miglioramento in contrasto con il 16,9% dei pazienti che hanno risposto ribadendo una scarsa soddisfazione. Questi risultati forniscono spunti di ulteriori ricerche per approfondire il grado di soddisfazione del paziente in associazione al cambiamento percepito di difficoltà nell'attuazione di attività strumentali e funzionali della vita quotidiana.

d) CORRELAZIONE TRA SODDISFAZIONE LAVORATIVA E FATTORI DI STRESS, BURNOUT E BENESSERE PSICOSOCIALE TRA INFERMIERI CHE LAVORANO IN DIFFERENTI AMBITI SANITARI⁹⁶:

L'Obiettivo di questo studio consiste nel valutare la frequenza di insoddisfazione e ciò che determina il grado di insoddisfazione lavorativa in tre sottogruppi di infermieri che operano in differenti settori sanitari: reparti ospedalieri per acuti, strutture per lungo-degenti e presso il domicilio dei pazienti. È stato utilizzato un questionario anonimo autosomministrato, composto da alcune variabili socio-demografiche e da 72 item, di cui, 22 per indagare il burnout e gli altri 50 suddivisi in due sezioni per esplorare la dimensione psicosociale e la condizione di stress.

⁹⁶ S. VIOLANTE, P.G. BENSO, L. GERBAUDO, B. VIOLANTE, *Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari*, Supplemento A, 2009; Vol. 31, N. 1: A36-A44 ISSN 1592-7830.

Un item riassuntivo era rivolto a valutare la percezione dello stato di soddisfazione. Su 190 questionari consegnati ne sono stati restituiti 137 (72,1% del totale). Il 31,4% dei soggetti ha dichiarato di essere insoddisfatto, il 27,8% manifestava segni di esaurimento emotivo, il 19,7% di depersonalizzazione e il 43,1% di bassa realizzazione personale. In riferimento allo stress, punteggi oltre il valore soglia di 17 sono stati raggiunti dai sintomi di angoscia ($22,7 \pm 15,5$), di ansia ($22,3 \pm 15,8$) e gastroenterici ($19,0 \pm 17,8$). Per la componente psico-sociale, punteggi oltre la soglia di 50 sono stati raggiunti dalle variabili carico generale di lavoro ($56,7 \pm 19,8$), attenzione ($83,8 \pm 20,9$) e sostegno del capo ($51,3 \pm 25,3$). L'analisi multivariata ha mostrato che *provenire da Paesi extracomunitari, lavorare in reparti per pazienti acuti, svolgere assistenza domiciliare, assumere psicofarmaci e manifestare sintomi di ansia* erano fattori associati a scarsa soddisfazione lavorativa. Viceversa, il *livello di partecipazione* è risultato un fattore protettivo dall'insoddisfazione. Lo studio evidenzia che alcuni elementi che rispecchiano le mutate condizioni della società italiana e la complessità raggiunta dall'organizzazione sanitaria nel nostro Paese condizionano il grado di soddisfazione degli infermieri. Per condurre più efficaci analisi del grado di benessere fra i lavoratori dovranno essere individuati e applicati strumenti più ricercati d'indagine in grado di superare i limiti insiti nell'uso esclusivo dei questionari.

Infine, recenti pubblicazioni⁹⁷, dimostrano l'importanza della valutazione della soddisfazione dei pazienti anche in contesti che prevedono il passaggio da un operatore sanitario all'altro durante il cambio di turno, in quanto tale condizione può involontariamente portare, a significative lacune informative ed eventuali errori che si ripercuotono sul paziente sia nei confronti della sua salute che in merito al grado di soddisfazione della prestazione ricevuta. Mancano, infatti, metodologie standardizzate che siano in grado di permettere lo scambio di informazioni fra i diversi operatori durante il cambio turno, a discapito della salute del paziente, specialmente nel caso in cui tali cambi si verificano più volte durante il giorno. La *Joint Commission* ha individuato un approccio standardizzato attraverso il quale permettere un maggior scambio di informazioni attraverso una comunicazione interattiva fra il medico-paziente-infermiere con l'obiettivo di ridurre gli errori di comunicazione e migliorare la cura del paziente, ponendo una maggiore attenzione circa le sue condizioni compresa la cura, il trattamento, i farmaci, i servizi, e le modifiche previste da attuare. Questa metodologia interattiva è costituita da specifici incontri chiamati “*read-back*” in cui gli operatori sanitari ripercorrono l'anamnesi del paziente e la sua condizione attuale al fine di prestare un'accurata attenzione non solo alla diagnosi, ma anche alla prognosi per migliorare così il grado di soddisfazione nonché la qualità di vita del paziente stesso. Ancora, un nuovo studio⁹⁸ mira a identificare i fattori che influiscono sulla soddisfazione in pazienti ambulatoriali con malattie reumatiche croniche attraverso uno studio di coorte trasversale di pazienti reumatologici della *Oregon Health & Science University* nel 2013 che verteva proprio sulla misurazione del grado di soddisfazione.

⁹⁷ [TAYLOR JS](#), *Improving Patient Safety and Satisfaction With Standardized Bedside Handoff and Walking Rounds*, [Clin J Oncol Nurs](#). 2015 Aug 1;19(4):414-416.

⁹⁸ [KU JH](#), [DANVE A](#), [PANG H](#), [CHOI D](#), [ROSENBAUM JT](#). *Determinants of Patient Satisfaction in an Academic Rheumatology Practice*. [J Clin Rheumatol](#). 2015 Aug;21(5):256-62. doi: 10.1097/RHU0000263.

I dati ottenuti sono stati raccolti dalle cartelle cliniche e sono state condotte analisi di regressione per descrivere la popolazione al fine di ricavare predittori di soddisfazione. Sono stati ottenuti dati da 573 pazienti di cui, il 76% erano donne, con un'età media di 50 anni. I risultati dimostrano che i fattori che influenzavano il grado di soddisfazione dei pazienti non era legato al medico o alle sue abilità, ma alla percezione di malattia del paziente stesso.

Un altro studio degno di nota ⁹⁹ vuole identificare le caratteristiche e i fattori di soddisfazione o insoddisfazione che maggiormente si ripercuotono e influenzano la qualità delle cure, prendendo in considerazione il punto di vista degli operatori sanitari, attraverso il questionario on-line “*SurveyMonkey*” , composto da 14 domande a risposta aperta. Gli intervistati sono stati 1.013 fra cui operatori sanitari universitari e non. Dai risultati è possibile dedurre che secondo gli operatori sanitari, la professione medica è definita da: *umanesimo e sacrificio personale* (33.37%), e anche di *alta professionalità* (33.07%). **Fattori di soddisfazione** sono: *la salute del paziente* (40,57%), *status sociale elevato* (36.33) e *l'aver salvato delle vite* (33.07%). L'insoddisfazione può essere dovuta a: *salario basso* (39.98%), *disorganizzazione* (38.10%) e la *mancanza di procedure efficaci* (33.96%). Le prestazioni possono diminuire a seguito di: *condizioni di lavoro stressanti, la mancanza di dotazioni mediche adeguate e di riconoscimento al lavoro, di routine, e rapporti tesi con i superiori*. Lo studio dimostra la necessità di correlare la gestione dell'azienda ospedaliera con l'educazione medica da un punto di vista umanitario al fine di mettere in atto un comportamento, non solo professionale, ma anche umano per garantire così una miglior prestazione assistenziale, incrementare il grado di soddisfazione e la qualità di vita del paziente ma anche del suo medico.

⁹⁹ [DRUGUŞ D, OPREAN C, AZOICĂ I D](#), Study on health professionals' perception of quality of healthcare provided to patients. [Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi](#). 2015 Apr-Jun;119(2):517-21.

Ancora un altro studio¹⁰⁰ presente in letteratura, dimostra che il successo del trattamento in emodialisi dipende dalla funzionalità e dalle caratteristiche strutturali dei vasi sanguigni che né consentono il libero accesso. Eventuali complicazioni vascolari infatti, costituiscono un'importante fattore di rischio decesso, in quanto tale condizione non permette l'attuazione del trattamento, compromettendo la soddisfazione e la qualità di vita del paziente. Questo studio si propone di descrivere le prospettive di questi utenti attraverso l'utilizzo di interviste semi-strutturate presentate a 26 pazienti adulti sottoposti a emodialisi con qualsiasi forma di accesso vascolare a due unità di dialisi. Sono state identificate cinque aree principali che descrivono le prospettive dei pazienti in materia di accesso vascolare che sono rappresentate da: 1- *sviluppare tolleranza 2-psicologica per l'accesso* (accettare la necessità per la sopravvivenza, auto-difesa, la fiducia e la competenza esperienziale, dipendenza dagli altri, acquisire conoscenze vascolari), 3-*accettazione del dispositivo invadente rispetto al proprio corpo* poiché limita il suo normale funzionamento e la ricerca di possibili strategie compensative, 4-*inibizione del dolore*, 5-*l'esposizione a terribili conseguenze sulla salute* con oneri aggiuntivi come spese e problemi familiari. I risultati suggeriscono che sarebbe di notevole importanza introdurre un supporto psicologico al fine di trattare al meglio ansie, preoccupazioni e le paure di eventuali complicazioni, per migliorare il fronteggiamento della malattia e di conseguenza aumentare la soddisfazione dei pazienti nei confronti del trattamento in emodialisi.

¹⁰⁰ [TAYLOR MJ](#), [HANSON CS](#), [CASEY JR](#), [CRAIG JC](#), [HARRIS D](#), [TONG A](#): *You know your own fistula, it becomes a part of you"-Patient perspectives on vascular access: A semistructured interview study.* [Hemodial Int.](#) 2015 Jul 22. doi: 10.1111/hdi.12340.

Infine, è illustrato di seguito uno studio¹⁰¹ volto ad indagare a livello teorico il concetto di soddisfazione del paziente con l'obiettivo di scoprire ciò che lo determina, al fine ultimo di creare un sistema di misura più affidabile possibile. Lo studio ha utilizzato un metodo di revisione sistematica, chiamata “*meta-narrazione*”, attraverso l'utilizzo di linee guida, con le fasi di prova di screening, prove di valutazione, estrazione dei dati e sintesi. Tutti gli articoli teorici sulla soddisfazione sono stati cercati su due database: MEDLINE e CINAHL. I criteri d'inclusione sono stati gli articoli pubblicati tra il 1980 e il 2014, scritti in inglese e né sono stati selezionati 36 in base alla loro sintesi. I risultati hanno mostrato che la maggior parte delle teorie sulla soddisfazione del paziente e le sue definizioni si basano su teorie di marketing che la illustrano come lo scostamento fra le aspettative per paziente e la qualità della prestazione ricevuta. Tuttavia, con il processo di revisione attuato in questo studio si dimostra che tale definizione risulta imprecisa e non espressa in modo chiaro e uniforme a livello teorico. In conclusione, è possibile riscontrare che l'impianto teorico sulla **Patient-Satisfaction** risente troppo a livello teorico dell'impostazione adottata nel campo del marketing. Quindi, vi è la necessità di tentare di definire il concetto di soddisfazione del paziente da altre prospettive, più vicine alla realtà della singola persona, del suo contesto socio-relazionale e di esperienza di malattia che ha poco a che fare con teorie di consumo e di gestione aziendale.

¹⁰¹ [BATBAATAR E, DORJDAGVA J, LUVSANNYAM A, AMENTA P](#), *Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review*. [Perspect Public Health](#). 2015 Jul 17. pii: 13915594196.

STUDIO SPERIMENTALE

INTRODUZIONE

Il presente studio è stato realizzato nella struttura residenziale psichiatrica “Franco Basaglia”, dell’Azienda USL 5 di Pisa è costituita da tre "zone": Pisana, Valdera e Alta Val di Cecina. Dell’ USL 5 fanno parte 28 Comuni di cui¹⁰²: Pisa, Calci, Cascina, Fauglia, Lorenzana, Orciano Pisano, San Giuliano Terme, Vecchiano, Vicopisano appartenenti alla Zona Pisana; Castelnuovo Val di Cecina, Montecani Val di Cecina, Pomarance, Volterra della Zona Alta Val di Cecina e Bientina, Buti, Calcinaia, Capannoli, Cascina Terme, Chianni, Crespina, Laiatico, Lari, Palaia, Peccioli, Ponsacco, Pontedera, Santa Maria a Monte, Terricciola della Zona di Valdera. Secondo i dati ISTAT 2006 gli assistiti presso l’Azienda USL di Pisa sono circa 326.857, mentre i dipendenti che vi prestano servizio sono 2230 i quali operano in tre distretti socio-sanitari articolati in 26 presidi distrettuali: 17 nella Zona Pisana, 5 nella Zona Valdera e 4 nella Zona Alta Val di Cecina e nei due ospedali di Pontedera e Volterra. L’organizzazione di gestione e i servizi offerti in favore della tutela della salute mentale presenti sul territorio pisano sono costituiti dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e dalle Unità Funzionali sparse sul territorio che svolgono attività di promozione della salute mentale, della prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici in età evolutiva; garantisce la predisposizione di percorsi assistenziali integrati grazie a procedure operative omogenee, per promuovere la partecipazione attiva degli utenti garantendo il coordinamento dei Servizi di Salute Mentale del territorio nell’ambito dell’Azienda Unità Sanitaria Locale, dell’Area Vasta e con le Istituzioni e la comunità locale nella Zona-distretto.

¹⁰²http://www.usl5.toscana.it/index.php?option=com_content&view=article&id=51:azienda&catid=35:direzione_1&Itemid=6526

I servizi erogati dal DSM attraverso le Unità Funzionali costituiscono un complesso di attività e di funzioni specialistiche multi-professionali integrate sia di **I° livello** che riguarda il processo diagnostico, la terapia e riabilitazione, svolte a livello ambulatoriale, domiciliare e nell'ambito della comunità e di **II° livello** che comprende¹⁰³:

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Aziendale
- Riabilitazione Psicosociale a livello territoriale, semiresidenziale e residenziale
- Psicoterapie ad orientamento psicodinamico, cognitivo-comportamentale e sistemico relazionale individuali, di coppia, familiari e di gruppo
- Servizi per la Famiglia gestiti e curati dal Centro di Terapia Familiare e dai Corsi di Psicoeducazione
- Servizi per i Disturbi del Comportamento Alimentare come il “*Centro Arianna*”
- Inserimenti EteroFamiliari Assistiti

La domanda di prestazioni per gli adulti è accolta nella Zona Pisana nei Centri di Salute Mentale di Pisa e di San Frediano a Settimo in Cascina, presso il Centro polifunzionale sito in Pisa in via Paradisa n. 1, che ospita l'U.O. di Psicologia ed il *Centro Arianna* per i Disturbi del Comportamento Alimentare, i Presidi distrettuali di Via Torino in Pisa e di San Giuliano Terme e Vecchiano. La domanda di prestazioni per minori viene accolta invece nelle sedi dell'Unità Funzionale per l'Infanzia e l'Adolescenza di Pisa presso il *Centro Polifunzionale* di Via Garibaldi. Per quanto riguarda i ricoveri nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura nella Zona Pisana l'SPDC è gestito dal Servizio di Salute Mentale dell'ASL 5, grazie al progetto unico aziendale in ottemperanza alle linee programmatiche della Regione Toscana.

¹⁰³ RELAZIONE SANITARIA ASL5, Sessione 6, Paragrafo 6.6, *La tutela della Salute Mentale*, 2013-2014.

Esso è stato realizzato nel territorio Pisano all'interno del Presidio Ospedaliero, in adiacenza alla Clinica Psichiatrica Universitaria, per facilitare le sinergie possibili. I ricoveri totali di cittadini dell'ASL 5 maggiori di 17 anni in nelle strutture di ricovero dell'area dell'ASL 5 sono stati complessivamente 616, di cui 458 nel SPDC di Pisa e 158 in quello di Pontedera. 44 sono stati i Trattamenti Sanitari Obbligatori, con un tasso di 7,14. Le Unità Funzionali per l'Infanzia e l'Adolescenza utilizzano all'occorrenza per ricoveri i reparti di Pediatria Ospedalieri dell'AOUP a Pisa e del Presidio Ospedaliero di Pontedera, garantendo la massima collaborazione e integrazione funzionale. È inoltre fornita consulenza, su richiesta, ai minori ricoverati per cause diverse. Le urgenze psichiatriche e le patologie neuropsichiche complesse afferenti alle UFSM per l'Infanzia e l'Adolescenza vengono ricoverate presso la Neuropsichiatria Infantile Universitaria nell'Istituto Scientifico "Stella Maris" di Calambrone, che è indicato dalla Regione Toscana quale Centro di riferimento regionale per le urgenze, con i necessari raccordi garantendo la continuità assistenziale dopo la dimissione. Altri punti di ricovero per minori sono presso le AA.OO.UU. di Careggi.

L'indagine di seguito presentata è stata svolta presso il Centro "**Franco Basaglia**", Struttura Residenziale Psichiatrica modulare¹⁰⁴ che si inserisce all'interno dell'offerta terapeutica e riabilitativa dei servizi della Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria di Pisa come luogo di accoglienza. In questo centro si realizzano percorsi di riabilitazione orientati a processi di ripresa ed allo sviluppo delle risorse delle persone, evitando di costituire una soluzione abitativa permanente.

¹⁰⁴ AUGUSTO BORSI, ANDREA BLANDI, *Centro Franco Basaglia: Carta dei Servizi*, Rev. 22/06/2015.

Al fine di presentare un'offerta di accoglienza differenziata capace di rispondere alle diverse tipologie di bisogni terapeutico-riabilitativi e/o socio-riabilitativi, il Centro è articolato in tre moduli, così distinti:

1. “**Alta Marea**”: situato al piano terra, è organizzato in base ai requisiti della *Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo* (SRP1) così come descritta nelle Linee di indirizzo Regionali di cui al DGR n. 1127 del 9/12/2014; il modulo ha una ricettività massima di 8 posti letto;
2. “**Arcobaleno**”: posto al primo piano, è organizzato in base ai requisiti della *Struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socio riabilitativi con personale sulle 24 ore giornaliere* (SRP3.1); il modulo ha una ricettività massima di 8 posti letto;
3. “**Girasole**”: collocato al secondo piano ed è organizzato in base ai requisiti della *Struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socio riabilitativi con personale sulle 12 ore giornaliere* (SRP3.2); il modulo ha una ricettività massima di 8 posti letto.

Il “Centro Franco Basaglia” è destinato all'accoglienza di persone con problemi di salute mentale che hanno bisogno di sviluppare abilità che le renda capaci di partecipare pienamente come cittadini alla vita comunitaria, e di un supporto nei percorsi d'inclusione in contesti di istruzione, formazione, lavori ricreativi, sociali e abitativi. L'obiettivo generale dell'intervento offerto dal “Centro Franco Basaglia” è quello di promuovere, all'interno della rete dei servizi di Salute Mentale di comunità, una proposta modulare di accoglienza residenziale in cui i diversi livelli di assistenza siano posti in stretta relazione ai bisogni della persona.

Tali scopi sono perseguiti mediante l'attuazione di programmi specifici all'interno di un Progetto di comunità, al fine di svolgere efficacemente la funzione di sostegno e accompagnamento nella riappropriazione della propria autonomia favorendo l'inclusione del paziente all'interno della propria comunità locale.

L'inserimento in uno dei Moduli del Centro costituisce un significativo momento della realizzazione del Progetto, che trova il suo sviluppo nel **Programma terapeutico-riabilitativo individualizzato residenziale** definito dall'Equipe della struttura in forma partecipata con il paziente, attraverso la comunicazione esplicita di obiettivi, attività e tempi necessari volti alla risoluzione dei problemi di salute mentale e a sviluppare abilità che rendano gli stessi pazienti capaci di partecipare pienamente come cittadini alla vita comunitaria.

In questo processo di recovery, è considerata centrale la relazione terapeutica, che deve incrementare la motivazione e favorire l'empowerment della persona con problemi di salute mentale, ma anche dei suoi familiari e del suo contesto di vita, rendendoli protagonisti attivi dei percorsi riabilitativi.

La relazione terapeutica deve perciò essere capace di tradurre la conoscenza, la competenza e l'esperienza professionale che si deve rispecchiare nella capacità di apprendimento di nuove abilità da parte dei pazienti e dei loro familiari.

Tuttavia, la vera chiave di volta del processo riabilitativo che si realizza nelle strutture psichiatriche residenziali e che consente di superarle come soluzione abitativa permanente, è costituita dalla collaborazione tra i "nodi" della rete sociale personale del paziente, la stretta integrazione con tutti gli altri servizi socio-sanitari e la collaborazione e coordinamento con tutte le risorse sociali presenti sul territorio.

Le soluzioni di vita autonoma saranno infatti, pensabili e realizzabili solo in presenza di una rete sociale personale che ha maturato le conoscenze e le capacità necessarie per sostenere il paziente nell'affrontare il suo distacco dal Centro e le sfide della vita autonoma.

In particolare i programmi prevedono, nelle diverse aree, le seguenti attività:

- **Area clinico-psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica
- **Area riabilitativa:** presenza di attività riabilitative non necessariamente strutturate nelle quali prevalgono attività di assistenza erogate direttamente dal personale, mentre il coinvolgimento del paziente nelle attività quotidiane è previsto in maniera minore
- **Area di risocializzazione:** offerta prevalente d'interventi di risocializzazione, partecipazione ed attività comunitarie e di gruppo di tipo espressivo, ludico, motorio, effettuate sia nella sede della struttura che al suo esterno

MATERIALI E METODI

SOGGETTI

Il presente studio è stato condotto presso il “**Centro Basaglia**” a partire da Gennaio 2015. Sono stati reclutati 16 pazienti ricoverati attualmente nella stessa struttura con diagnosi di *disturbo depressivo* (disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico, disturbo depressivo nevrotico), *disturbo bipolare* (disturbo bipolare I, disturbo bipolare II), *disturbo psicotico* (indotto da sostanza, di tipo paranoide, depressivo, psicogeno, schizofrenico e affettivo), *disturbo ossessivo-compulsivo* e *disturbo di personalità*. Il consenso informato scritto è stato ottenuto da tutti i pazienti dopo una completa descrizione dello studio condotto in accordo ai principi etici della Dichiarazione di Helsinki del 1964.

VALUTAZIONE CLINICA

La diagnosi è stata formulata secondo i criteri del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV TR) ed è stata confermata grazie alla somministrazione ulteriore della versione italiana del “*Mini International Neuropsychiatric Interview*”(M.I.N.I.). I pazienti sono stati valutati tramite tale intervista strutturata, al fine di raccogliere dati concernenti le variabili demografiche e alla storia psichiatrica. In modo particolare, sono state raccolte le seguenti informazioni: età, genere, livello del rischio suicidario e indagine sulla presenza del disturbo sia al momento della valutazione che nella storia remota del paziente. Sono stati introdotti, al fine di effettuare tale studio sperimentale, altri due strumenti allo scopo di valutare rispettivamente: **la percezione di malattia**, utilizzando il “*Brief Illness Perception Questionnaire*” (**BRIEF-IPQ**) e il *General Satisfaction Questionnaire GSQ-8 For Use with Psychiatric In-Patients* (**GSQ-8**) per la **valutazione della soddisfazione degli utenti**.

Il **Brief IPQ**¹⁰⁵ utilizza, per ogni singolo item, una scala di valutazione di percezione che varia da 0 a 10. Per quanto riguarda la valutazione della componente cognitiva sono presenti 5 elementi di riferimento quali: le conseguenze della malattia, la percezione del tempo, il controllo percepito sulla malattia, l'utilità del trattamento e quanto il soggetto percepisce la sua sintomatologia. Per quanto riguarda invece la componente emotiva sono indagate: le preoccupazioni e le emozioni. In ultima analisi si chiede al soggetto il grado di comprensione della propria malattia e quali sono i tre fattori principali che secondo lui l'ha provocata. Il Brief IPQ è considerato un valido strumento in quanto gli individui con diagnosi di una malattia, minaccia per la salute, o che soffrono per un malessere, possono sviluppare un modello organizzato di credenze circa la loro condizione in grado di determinare un comportamento di coping che può influenzare la qualità di vita del paziente. L'utilità di tale misura è perciò importante per migliorare la consapevolezza delle percezioni di malattia per favorire l'adozione di un coping adattivo e positivo in grado di permettere al paziente di fronteggiare al meglio il suo stato di malattia e migliorare di conseguenza gli esiti del trattamento.

Il **GSQ-8**¹⁰⁶ è un questionario di autovalutazione specifico per i pazienti psichiatrici in regime di ricovero composto da 8 item valutati su una scala costituita da 4 punti . nell'ultima parte del questionario sono presenti due domande aperte relative a ciò che l'utente giudica essere la prestazione migliore e ciò che invece cambierebbe del Servizio.

¹⁰⁵ TZE SIONG NG, "*Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*", Journal of Physiotherapy 2012 Vol.58 © Australian Physiotherapy Association 2012.

¹⁰⁶ LUCIANO CONTI, "*Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*", Collana Progressi in Psichiatria 1999 Cap 28 pag. 1607-1608-1621-1622-1623.

A titolo sperimentale è possibile registrare anche una *Global Satisfaction Measure - GSM-1*, ossia un punteggio globale al fine di consentire di esplorare meglio le dinamiche della soddisfazione che rispecchia proprio quello utilizzato in questa rilevazione oggetto di studio. Il periodo preso in considerazione per la valutazione è quello riguardante l'utilizzo del Servizio psichiatrico da parte del paziente a partire da Gennaio 2015 e si propone di valutare il grado di soddisfazione dell'utente in rapporto all'assistenza psichiatrica ricevuta.

La scala non è stata concepita per valutazioni ripetute, anche se la sua somministrazione può essere riproposta ogni volta che il paziente utilizza un Servizio psichiatrico o specifici ambiti di tale servizio.

Le caratteristiche psicometriche della scala sono risultate di buon livello, paragonabili a quelle dei principali strumenti usati in questo settore.

Copia “*Brief Illness Perception Questionnaire*” (BRIEF-IPQ)

Per le seguenti domande, per favore cerchi il numero che meglio corrisponde al suo punto di vista.

Quanto la sua malattia influenza la sua vita?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Non l'influenza per nulla la influenza gravemente

Per quanto tempo pensa la sua malattia continuerà?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Per un tempo molto breve per sempre

Quanto controllo crede di avere sulla sua malattia?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Assolutamente nessun controllo un controllo assoluto

Quanto pensa che il suo trattamento (pillole, ecc.) possa aiutare la sua malattia?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Per nulla Estremamente di aiuto

Quanto sente i sintomi della sua malattia?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Alcun sintomo Sintomi molto gravi

Quanto è preoccupato per la sua malattia?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Per nulla preoccupato Estremamente preoccupato

Quanto crede di capire bene la sua malattia?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Per nulla Capita molto chiaramente

Quanto la sua malattia ha cambiato le sue emozioni? (ad es. la fa arrabbiare, spaventare, turbare, deprimere?)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Non ha cambiato le emozioni per nulla le emozioni Ha cambiato estremamente le emozioni

Per favore, elenchi in ordine di importanza i tre fattori principali che hanno causato la sua malattia:

ANALISI STATISTICA DEI DATI E RISULTATI

Le analisi statistiche sono state eseguite tramite il software *R-project* versione 3.1.1 del 10 Luglio 2014. La ridotta ampiezza campionaria ($n = 16$) dell'indagine pilota non consente di utilizzare le note proprietà asintotiche derivanti da importanti teoremi statistici come la “*Legge dei grandi numeri*”. L'attendibilità dei risultati probabilistici come gli intervalli di confidenza presentati per l'indice di correlazione di Pearson e i relativi test d'ipotesi sono quindi strumenti validi solo quando si ritengono rispettate le ipotesi probabilistiche su cui si basano. E' stata condotta l'analisi esplorativa dei dati a disposizione : alcuni fondamentali indici sintetici come la media , la deviazione standard e i quantili (minimo, primo quantile, mediana, terzo quantile, massimo e differenza interquartile) descrivono alcune rilevanti proprietà distributive delle variabili in esame. Nell'indagine è stato collezionato per ognuno dei 16 paziente l'età in anni, il sesso, l'**indice GSQ-8** (*General Satisfaction Questionnaire for Use of Psychiatric in Patients*) e il **BRIEF-IPQ** (*Illness Perception Questionnaire*). Le variabili considerate sono tutte quantitative ad eccezione del sesso, variabile categorica con 2 livelli (Maschio e Femmina). Di seguito sono presentati i valori campionari dei suddetti indici descrittivi.

	<i>Media</i>	<i>Deviazione Standard</i>	<i>Differenza Interquartile</i>	<i>Minimo</i>	<i>I quartile (25%)</i>	<i>Mediana (50%)</i>	<i>III quartile (75%)</i>	<i>Massimo</i>
Età	40,3125	11,464256	16,25	24	30,25	41	46,5	65
GSQ.8	24,4375	3,161619	3,5	16	22,75	25	26,25	29
IPQ	43,625	12,322743	12,5	21	38,25	45	50,75	63

Tabella 1: Indici sintetici delle variabili indagate

L'età media del campione è di circa 40 anni, quella minima di 24 e la massima di 65. Il valore mediano dell'età è di poco superiore alla sua media. Il primo quartile indica che dei 16 pazienti 4 hanno al più 30-25 anni, 8 dei 16 pazienti al più 41 anni e 12 dei 16 pazienti hanno al più 46,5 anni. La variabilità dell'età attorno al valor medio è espresso dalla deviazione standard che si ottiene come la radice quadrata della varianza campionaria. Mentre il valore della variabile **GSQ-8** si discosta poco dalla media il valore della variabile **BRIEF-IPQ** presenta una variabilità maggiore. Graficamente si possono visualizzare le intere distribuzioni delle variabili utilizzando degli istogrammi e contando la frequenza dei conteggi per le variabili suddivise per classi; i box-plot sono invece utili per la rappresentazione grafica degli indici in tabella. I rettangoli dei grafici della seconda riga rappresentano il primo e terzo quartile delle distribuzioni, mentre la mediana è indicata all'interno di ciascun rettangolo con un segmento in grassetto. I segmenti agli estremi invece mostrano i valori minimi e massimi.

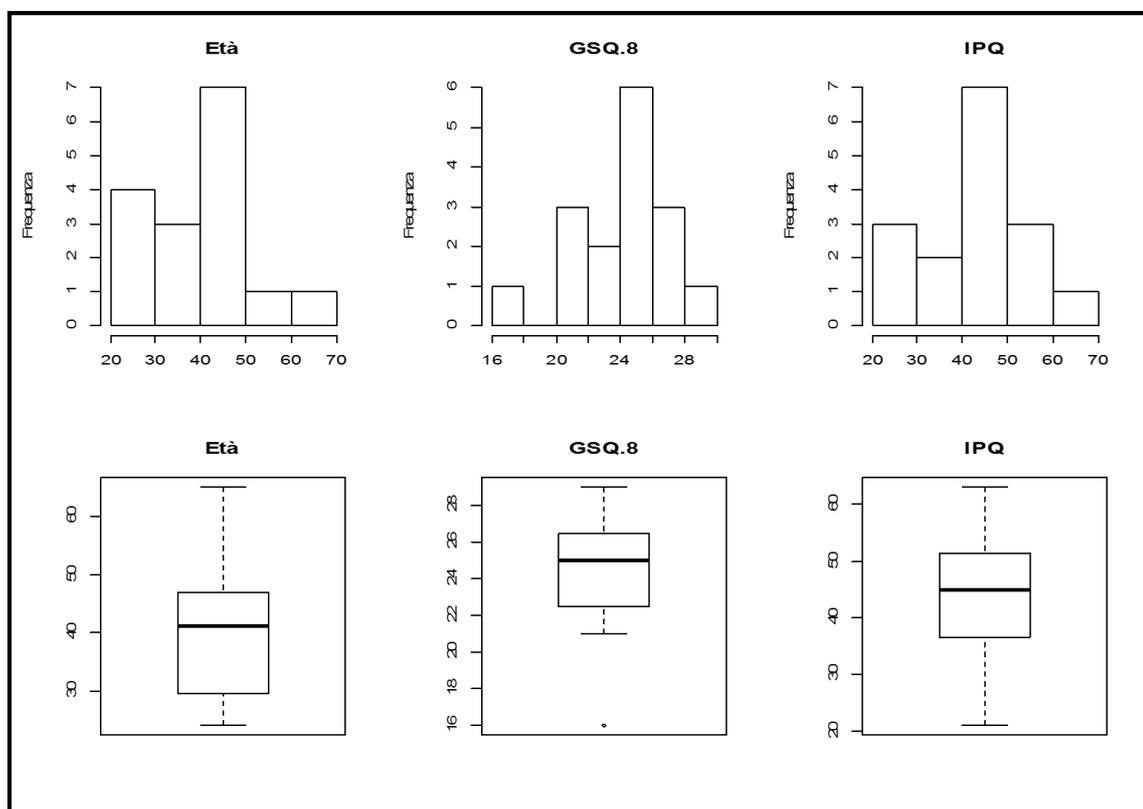


Figura 1: Rappresentazione grafica dei dati in Tabella 1.

L'indice di correlazione di Pearson esprime un'eventuale relazione/associazione lineare tra due variabili: quest'indice anche detto “*coefficiente di correlazione lineare*” è dato dal rapporto tra la covarianza e il prodotto delle deviazioni standard delle due variabili esaminate. Il range di valori che può assumere tale indice va da un minimo di **-1** ad un massimo di **+1**. Se l'indice di correlazione è prossimo a 0, le due variabili statistiche non sono associate linearmente, quando invece il valore è prossimo a +1, tanto più l'associazione sarà positiva (ossia, al crescere di una variabile cresce anche l'altra), quando invece ci si avvicina -1 la correlazione sarà negativa (ossia, al crescere di una variabile l'altra decresce).

In **Tabella 2** è riportata la matrice simmetrica dei coefficienti di correlazione tra le variabili quantitative. La correlazione tra l'*età* e **GSQ-8** è pari a circa 0,031, quella tra l'*età* e **IPQ** pari a 0,015 (entrambe prossime a 0). Tali valori mostrano assenza di associazione tra età e i due indici GSQ-8 e IPQ, mentre il valore di 0,43 esprime una debole correlazione positiva tra i valori di GSQ-8 e IPQ. Quindi **all'aumento dell'indice di GSQ-8 corrisponde un aumento dell'indice IPQ.**

	<i>ETA</i>	<i>GSQ.8</i>	<i>IPQ</i>
<i>ETA</i>	<i>1</i>	<i>0,03092329</i>	<i>0,015042</i>
<i>GSQ.8</i>	<i>0,03092329</i>	<i>1</i>	<i>0,4305718</i>
<i>IPQ</i>	<i>0,015042</i>	<i>0,43057184</i>	<i>1</i>

Tabella 2: Matrice di correlazione lineare di Pearson

Per visualizzare i dati ottenuti è possibile eseguire uno scatter-plot prendendo le variabili a coppia e adattare i dati ad un modello lineare. Come si può notare in **Figura 2** solo per la relazione tra GSQ-8 e IPQ l'inclinazione della retta è significativamente diversa da zero.

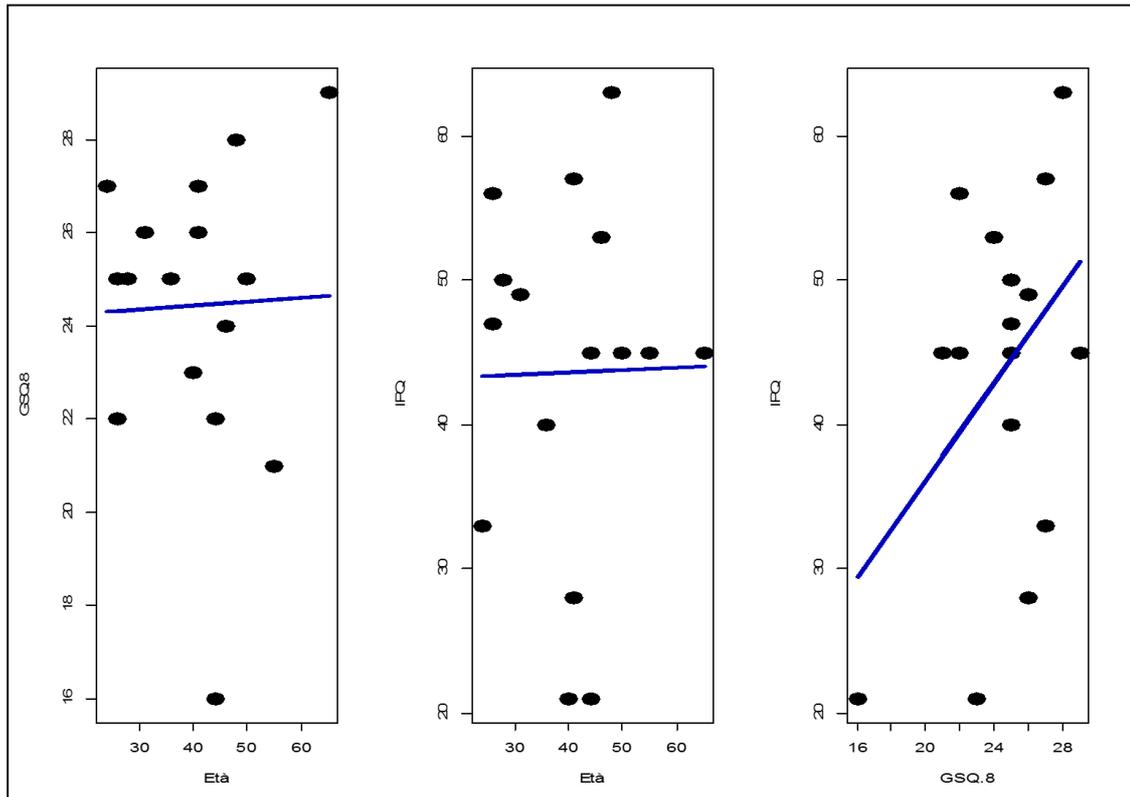


Figura 2: Scatter plot e rette di regressione lineare per le variabili statistiche a coppia

E' possibile effettuare dei test statistici per decidere se il valore campionario dei coefficienti di correlazione campionari siano significativamente diversi da zero. Per poter effettuare il test statistico è necessario fissare l'errore del primo tipo (solitamente chiamato livello di significatività alfa) che definisce il livello di confidenza pari a $1-\alpha$. Poiché il coefficiente di correlazione potrebbe essere minore o maggiore di zero, il test da compiere è bilaterale, ovvero le code della regione di rifiuto dell'ipotesi nulla (H_0) sono due e ad ognuna di esse è associato un valore di probabilità pari a $\alpha/2$.

Il test statistico può essere espresso secondo un'ipotesi chiamata nulla (o H_0) che esprime la mancanza di associazione lineare (con valore del coefficiente di correlazione pari a 0) e un'ipotesi alternativa H_1 di esistenza di una associazione lineare significativamente diversa da zero (con valore del coefficiente di correlazione diverso da zero). Fissato il livello di confidenza pari a 0.95, la significatività del test sarà pari a 0,05 ed alfa/2 sarà quindi pari a 0,025. Ciò significa che se il valore del p-value è maggiore di 0,025 allora non è possibile rifiutare l'ipotesi nulla di assenza di correlazione. A conferma dei risultati precedenti nessuno dei tre test induce a pensare che le correlazioni a coppia possano essere diverse da zero. Chiaramente ognuno di questi risultati può essere distorto per la scarsa rappresentatività del campione anche se il test utilizza la distribuzione T-Student, adatta per piccoli campioni, con $n-2 = 14$ gradi di libertà che tiene conto di una maggiore variabilità del dato rispetto la distribuzione Normale. Nella **Tabella 3** sono riportati i p-value e gli intervalli di confidenza al 95% dei coefficienti di correlazione di Pearson .

<i>Variabili</i>	<i>p-value</i>	<i>Intervallo di confidenza(95%)</i>	<i>Stima campionaria della correlazione</i>
<i>ETA vs IPQ</i>	<i>0.956</i>	<i>[-0.484 ;0.507]</i>	<i>0.015</i>
<i>ETA vs GSQ.8</i>	<i>0.910</i>	<i>[-0.472 ;0.519]</i>	<i>0.031</i>
<i>GSQ.8 vs IPQ</i>	<i>0.096</i>	<i>[-0.083 ;0.763]</i>	<i>0.431</i>

Tabella 3: Risultati dei test statistici sulle correlazioni a coppie.

Come si può notare tutti gli intervalli di confidenza contengono il valore 0 e ciò è in linea con la decisione di non rifiutare l'ipotesi nulla di assenza di associazione lineare.

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Tale studio si è proposto di indagare la qualità del ricovero psichiatrico da un punto di vista soggettivo, in un campione di pazienti ospedalizzati a partire da Gennaio 2015, analizzando il loro livello di soddisfazione dei servizi ricevuti dalla struttura erogante mediante l'utilizzo del questionario **GSQ-8** e successivamente il **BRIEF-IPQ** per analizzare quanto e in che modo possa influire la percezione di malattia con il livello di soddisfazione nei confronti dei servizi usufruiti e/o viceversa. Proporre ai pazienti un questionario che valuti la loro soddisfazione in merito ai servizi ricevuti, può essere un modo non solo per conoscere le loro esperienze durante la permanenza in una struttura psichiatrica, ma anche per individuare eventuali fattori che influenzano positivamente o negativamente il ricovero e la permanenza nella stessa struttura. Per quanto riguarda il livello di soddisfazione, i dati evidenziano, come riportato dal valore medio dei risultati del **GSQ-8**, un valore pari a **24,4375** indice di una buona soddisfazione generale. Grazie ai dati qualitativi raccolti attraverso le due domande aperte presenti nello stesso questionario, è stato possibile riscontrare ciò che maggiormente rispecchia questo dato. Infatti, i pazienti hanno espresso tale soddisfazione soprattutto nei servizi di accoglienza, descrivendo gli operatori socio-sanitari competenti, preparati, disponibili all'ascolto empatico, alla comprensione, dediti al lavoro dimostrando il loro impegno, pazienza, costanza e l'organizzazione come luogo di socializzazione nel quale è possibile effettuare attività e uscite di gruppo. L'insoddisfazione registrata mediante l'ultima domanda aperta del **GSQ-8** in cui si chiede esplicitamente al paziente cosa cambierebbe del servizio ricevuto, è possibile riscontrare una lamentela generale soprattutto per ciò che concerne, le modalità di uscita dalla struttura, l'organizzazione della turnazione delle attività domestiche, la possibilità di effettuare maggiori progetti all'esterno e l'arredamento della struttura.

Per quanto riguarda l'analisi effettuata mediante il BRIEF-IPQ è possibile evincere che i pazienti che costituiscono il campione hanno un valore medio di percezione della malattia pari a 43,625. Anche i dati qualitativi raccolti mediante l'ultima domanda presente nel questionario dimostrano una coerente percezione della malattia da parte del paziente rispecchiando una piena sintonia con la diagnosi clinica di riferimento. Infatti, in quest'ultima domanda viene chiesto al paziente quali sono, dal suo punto di vista, i tre fattori in ordine di importanza, che hanno causato il suo stato di malattia. La maggior parte degli utenti intervistati risponde elencando esplicitamente, abuso di sostanze alcoliche e stupefacenti, problemi relazionali familiari e sociali, divorzio, isolamento, stress, problemi economici, lutti irrisolti, difficoltà incontrate nel portare a termine gli studi universitari e tendenze megalomane effettuate nell'ambiente lavorativo. In seguito lo studio ha messo in relazione questi dati al fine di analizzare la presenza o meno di correlazione fra *l'indice di soddisfazione del servizio ricevuto* con *il livello di percezione di malattia*. Come dimostrato dall'analisi statistica illustrata in precedenza, è possibile affermare che la correlazione tra l'età e **GSQ-8** essendo pari a circa 0,031, è quella tra l'età e **IPQ** pari a 0,015 (entrambe prossime a 0), mostrano assenza di associazione tra età e i due indici GSQ-8 e IPQ, mentre il valore di 0,43 esprime, seppur debole, una *correlazione positiva tra i valori di GSQ-8 e IPQ*. In sostanza si evince che **all'aumento dell'indice di GSQ-8 corrisponde un aumento dell'indice BRIEF-IPQ**. E' stato possibile effettuare dei test statistici per decidere se il valore campionario dei coefficienti di correlazione campionari siano significativamente diversi da zero e i risultati inducono a pensare che le correlazioni a coppia lo siano. Come approfondito dall'analisi dei test statistici sulle correlazioni a coppie, tutti gli intervalli di confidenza contengono il valore 0 e ciò è in linea con la decisione di non rifiutare l'ipotesi nulla di assenza di associazione lineare .

CONCLUSIONI

Ognuno di questi risultati può essere distorto per la scarsa rappresentatività del campione, anche se il test utilizza la distribuzione T-Student, adatta per piccoli campioni, con $n-2=14$ gradi di libertà che tiene conto di una maggiore variabilità del dato rispetto la distribuzione Normale. Ciò nonostante è possibile affermare che i risultati preliminari rispecchiano un livello medio di soddisfazione più che positivo e non risultano globalmente influenzati dal tipo di diagnosi in quanto non si riscontrano differenze significative tra i diversi gruppi diagnostici. Allo stesso tempo i pazienti hanno dimostrato una sincera e stretta collaborazione con gli operatori fornendo importanti indicazioni e consigli al fine di migliorare ulteriormente il servizio stesso attraverso la richiesta di un'organizzazione di turnazione delle attività migliori, così come una maggior estensione delle attività progettuali esterne alla struttura, la modalità di uscita e l'arredamento dei locali. Per quanto riguarda la correlazione riscontrata fra l'indice GSQ-8 e la percezione di malattia, malgrado la sua debolezza intrinseca legata alla ristrettezza campionaria, getta le basi per un eventuale ed interessante approfondimento sia teorico che empirico per testimoniare o eventualmente escludere quanto e in che modo la soddisfazione del servizio ricevuto possa essere influenzato dal grado di percezione della malattia riscontrato dal paziente.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

A. PARASURAMAN, VALARIE A. ZEITHAML, LEONARD L. BERRY, A *Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, The Journal of Marketing, Vol. 49, No. 4 (Autumn, 1985), pp41-50 American Marketing Association.

ANNA MARIA MURANTE, *Strumenti e metodi per misurare la Patient Satisfaction nei sistemi multidimensionali di valutazione della performance in Sanità*, Working Paper Series of Laboratorio Management e Sanità Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa n° 05, 2009

ANTONELLA DELLE FAVE, *La Condivisione del Benessere. Il contributo della Psicologia Positiva*, Ed.FrancoAngeli Par.2 Pag.43-45.

ANTONELLA GIGANTESCO, MAURO CAMUFFO, FIORINO MIRABELLA E PIERLUIGI MOROSINI, *L'opinione dei genitori sui servizi di salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza: uno studio multicentrico*, Ann. Ist. Sup. Sanità 2005;41(4):501-513.

AUGUSTO BORSI, ANDREA BLANDI, *Centro Franco Basaglia: Carta dei Servizi*, Rev. 22/06/2015

BATBAATAR E, DORJDAGVA J, LUVSANNYAM A, AMENTA P., *Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review*. *Perspect Public Health*. 2015 Jul 17. pii: 13915594196.

C. MONTEMAGNI, N. BIRINDELLI, M. GIUGIARIO, M. GRAFFINO, C. MINGRONE, M. SIGAUDO, S. ZAPPIA, P. ROCCA, *Clinical improvement and patient satisfaction as quality indexes of psychiatric hospitalization*, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino, *Journal of Psychopathology* 2012;18:40-48.

Decreto Legislativo 229/99 (1999). Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale* n. 165, Supplemento ordinario n. 1332/L del 16 luglio 1999.

Decreto Legislativo 502/92 (1992). Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421. *Gazzetta Ufficiale* n. 305, Supplemento ordinario del 30/12/1992. Direttiva Ciampi del 27/1/1994, *Principi sulla erogazione dei servizi pubblici*, Legge 8 novembre 2000 n°328.

DRUGUŞ D, OPREAN C, AZOICĂI D, *Study on health professional's perception of quality of healthcare provided to patients*, *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2015 Apr-Jun;119(2):517-21.

EDOARDO RE, *I Servizi di Salute Mentale: Storia e Organizzazione istituzionale*, Ottobre 2006 Par.1.1 pag.5. Par 2.1 pag.12

GABRIELLI ALDO, *Grande dizionario della Lingua italiana*, Edizione Hoepli 2013.

GIACINTO BUSCAGLIA, ADRIANA CAROLEI, FRANCESCA BALDAZZI, ALESSANDRA MARINONI, ANTONIO MARIA FERRO, *Surveying patients'and family members'satisfaction: The experience of the mental health department in Savona*, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 13, 3, 2004.

GIOVANNI SERPELLONI, GRUPPO DI LAVORO CUSTOMER SATISFACTION, *La valutazione della customer satisfaction: Modello teorico e rilevamento su pazienti e operatori del centro di medicina preventiva*, Cap XIII Par.1-2-3; Pag 1- 2-3-4-5-6.

GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, *Trattato di Psicologia della Salute*, Ed. Borla Parte I Cap.1 Par.1. pag.272-273-274-275-276.

JAY LEBOW, *Pragmatic decisions in the evaluation of consumer satisfaction with mental health treatment* , Volume 5, Issue 4, 1982, Pag 349-356.

KU JH, DANVE A, PANG H, CHOI D, ROSENBAUM JT., *Determinants of Patient Satisfaction in an Academic Rheumatology Practice*, *J Clin Rheumatol*.2015 Aug;21(5):256-62. doi: 10.1097/RHU0000263.

L.23 Dicembre 1978, n° 833, Art. 14 (Unità Sanitarie Locali), Par. 3.

LA RIVISTA ITALIANA DI CURE PALLIATIVE, *Come valutare nei familiari la soddisfazione per l'assistenza ricevuta nelle cure palliative*, vol. 15, n. 4-20138.

LINDA S. NOELKER, *Linking Quality of long-term care and Quality of life*, Ed. Zev Harel, Springer Publishing Company 2005.

LUCIANO CONTI, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Collana Progressi in Psichiatria 1999 Cap 28-30 pag. 1607-1608-1621-1622-1623.

LUCIO OLIVELLI, *Professione TSRM: norme econoscenze essenziali*, Spinger 2013 Cap. par.1.1.

M. A. BECCHI, N. CARULLI, *Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate*, Insetto alla rivista "Internal and Emergency Medicine" Vol. 4 Num. 3 Editore: Springer-Verlag Italia Srl, Via Decembrio 28, 20137 Milano, Società Italiana di Medicina Interna.

Mapi Research Institute, Lione.

MIKE MORRISON , LOUIS TAY ED DIENER, *Subjective Well-Being and National Satisfaction: Findings From a Worldwide Survey*, 1 Department of Psychology, University of Illinois at Urbana-Champaign, and 2 The Gallup Organization, Omaha, Nebraska.

MIRELLA RUGGERI, ANTONIO LASALVIA, *La valutazione di routine dell'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Unità di Valutazione dell'Esito e WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, Università di Verona, Verona 2003.

MIRELLA RUGGERI, ANTONIO LASALVIA, ROSA DELL'AGNOLA, MICHELE TANSELLA, BOBVAN WIJNGARDEN, HELLE CHARLOTTE KNUDSEN, MORVEN LEESE and LUISI GAITE, *Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale- European version: EPSILON Study 7*, *Bj Psich* 2000, 177: s41-s48.

PASCOE GC, *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis*, 1983;6(3-4): p.185-210.

PODESVA SHARON, *Manuale di legislazione sanitaria. Ordinamento, organizzazione, personale e attività di prestazione del SSN. Aggiornato alla legge di stabilità 2013*, Cap, 1.

PSN 1998-2000 Parte I Obiettivo IV: *Rafforzare la tutela dei sogg più deboli*, pag.40.

PSN 1998-2000 Parte II: *Le strategie per il cambiamento* pag.79.

PSN 2011-2013 Cap. 1 Par. 1.2.4. *Rapporto con i cittadini e partecipazione degli utenti*, Pag. 14-15-16 e 19.

QUARTAPELLE A.Q., *Customer Satisfaction* eds McGraw-Hill 1994.

RELAZIONE SANITARIA ASL5, Sessione 6, Paragrafo 6.6 *La tutela della Salute Mentale*, 2013-2014.

RENATA FERRARI, CHIARA NOVELLO, GIANLUCA CATANIA, MARCO VISENTIN, *La soddisfazione del paziente per il trattamento del dolore: la versione italiana del Patient Outcome Questionnaire dell'American Pain Society*, *Recenti Progressi in Medicina*, 101(7), luglio-agosto-010.

RICHARD L. OLIVER AND GERALD LINDA (1981), *Effect of Satisfaction and Its Antecedents on Consumer Preference and Intention in NA - Advances in Consumer Research Volume 08*, eds. Kent B. Monroe, Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, Pages: 88-93.

RICHARD L. OLIVER, *A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions*, Journal of Marketing Research, Vol. 17, No. 4 (Nov., 1980), pp. 460-469 (American Marketing Association).

ROBERTO EGIDI, *The Italian National Health Service: general profile*, Diritto Vol. 20, n.º 2: 43-63 (2011) ISSN 1132-9947.

RUST, R. T., & OLIVER, R. L. (1994) *Service quality: Insights and implications from the frontier* In R. T. Rust & R. L. Oliver (Eds.), *Service Quality: New Directions in Theory and Practice* (pp. 1-19). Thousand Oaks, CA: Sage.

SPITZ E'. (1999), *Les questionnaires dans l'approche quantitative en psychologie de la santé*, *Pratiques Psychologiques*, 4, 77-97.

TAYLOR JS , *Improving Patient Safety and Satisfaction With Standardized Bedside Handoff and Walking Rounds*, Clin J Oncol Nurs. 2015 Aug 1;19(4):414-416.

TAYLOR MJ, HANSON CS, CASEY JR, CRAIG JC, HARRIS D, TONG A. *You know your own fistula, it becomes a part of you-Patient perspectives on vascular access: A semistructured interview study*. Hemodial Int. 2015 Jul 22. doi: 10.1111/hdi.12340.

THEODORE PINCUS MD, JANE A. SUMMEY MS, SALVATORE A. SORACI JR. PHD, KENNETH A. WALLSTON PHD AND NORMAN P. HUMMON PHD, *Assessment of arthritis & rheumatism patient satisfaction in activities of daily living using a modified stanford health assessment questionnaire* Article first published online: 28 NOV 2005 DOI: 10.1002/art.1780261107.

Titolo I: Il servizio Sanitario Nazionale, Capo I – I Principi (Sottoparagrafo: giurisprudenza).

Titolo I: Il servizio Sanitario Nazionale, Capo I – I Principi.

TZE SIONG NG, *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*, Journal of Physiotherapy 2012 Vol.58 © Australian Physiotherapy Association 2012.

VINCENZO ANTONELLI, *Breve storia del Servizio sanitario nazionale*, Par.3.1: La Pianificazione.

VIOLANTE, P.G. BENSO, L. GERBAUDO, B. VIOLANTE, *Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari*, Supplemento A, 2009; Vol. 31, N. 1: A36-A44 ISSN 1592-7830.

WHOQOL, The World health organization quality of life assessment, *Position paper from the World health organization*, «Social science and medicine», 1995,41, 10, p. 1405.

ZEITHAML, V. A. (1988), *Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: a Means-End Model and Synthesis of Evidence*, Journal of Marketing, Vol. 52, No. 3, (Jul.), pp. 2-22.

ZEITHAML, V. A., BERRY, L. L., PARASURAMAN, A. (1988), *Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality*, Journal of Marketing, Vol. 52, No. 2. (Apr.), pp. 35-48.

SITOGRAFIA

<http://dsmvibo.altervista.org/L-36-1904.pdf>.

<http://www.agenzia.roma.it/documenti/norme/100.pdf> Par. 5, comma 1,2,3,4,5
Titolo I.

http://www.usl5.toscana.it/index.php?option=com_content&view=article&id=51:azienda&catid=35:direzione1&Itemid=6526

http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/competenze.

<http://www.governo.it/Governo/Costituzione/principi.html>.

http://www.governo.it/Presidenza/USRI/ufficio_studi/normativa/obiettivi.

<http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502> Artt.2 Capoverso 2.

<http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1958-03-13;296~art2>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_231_allegato.txt

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf.

http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_publicazioni_558_allegato.pdf.

<http://www.salute.gov.it/portale/> *Sistema Nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria* Par. 7.1.

<http://www.salute.gov.it/portale/> *Sistema Nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria* Par. 7.1.2; 7.1.3;7.1.4.

http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_6_1.jsp?lingua=italiano&label=cenni&menu=fin&id=546.

http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf da pag.7.

[http://www.treccani.it/enciclopedia/andrea-verga_\(Enciclopedia-Italiana\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/andrea-verga_(Enciclopedia-Italiana)).

[http://www.treccani.it/enciclopedia/carlo-livi_\(Dizionario-Biografico\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/carlo-livi_(Dizionario-Biografico)).

[http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_\(XXI_Secolo\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_(XXI_Secolo)) pag. 4-5.

[http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_\(XXI_Secolo\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_(XXI_Secolo)) pag. 6-7.

[http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_\(XXI_Secolo\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_(XXI_Secolo)) pag. 8-9-10.

[http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_\(XXI_Secolo\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-di-vita_(XXI_Secolo)).

<http://www.valut-azione.net/saperi/sistemi-mv/ascolto-del-cliente/il-modello-servqual/>.

