



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale in:
SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
TECNICHE DIAGNOSTICHE

Tesi di Laurea:

**Progetto per la costruzione di un
questionario al fine della valutazione
della qualità percepita in ambito dei
Servizi Trasfusionali all'interno
dell'AUSL Romagna**

Candidato:
Sabrina Lelli

Relatore:
Prof.ssa Claudia Passamonti

Anno Accademico 2021-2022

Indice

Introduzione	4
CAPITOLO 1 - La qualità in sanità	7
1.1 Definizione di Qualità in Sanità	7
1.2 La qualità nelle sue diverse accezioni	8
1.3 La qualità in sanità e le sue dimensioni	10
CAPITOLO 2 - La Customer Satisfaction	15
2.1 Introduzione alla Customer Satisfaction	15
2.2 Perché indagare la Customer Satisfaction?	16
2.3 Verso la qualità delle prestazioni sanitarie	17
2.4 Definizione di Customer Satisfaction	19
2.5 Cosa non è la Customer Satisfaction	21
2.6 Fasi del processo di rilevazione	22
CAPITOLO 3 - Organizzazione Strutture Trasfusionali AUSL	24
Romagna	24
3.1 Il Sistema Trasfusionale in Italia	24
3.2 Assetto organizzativo: il Sistema Trasfusionale dell'AUSL Romagna	26
3.3 Tipologia pazienti che accedono al Servizio Trasfusionale	31
3.4 Il Sistema Gestione Qualità nelle Strutture Trasfusionali.	37
CAPITOLO 4 – Stesura del questionario	40
4.1 Il questionario	40
4.2 Caratteristiche generali del questionario	41
4.3 Lettera di presentazione	43
4.4 Struttura del questionario	44
4.5 Modalità di somministrazione	47
4.6 Caratteristiche dell'autosomministrazione	48
4.7 Il pre-test	50
Allegato 2: Lettera di Presentazione	53
Allegato 3: Questionario qualità Percepita Struttura Trasfusionale AUSL Romagna	54
Conclusioni	62
Bibliografia e Sitografia	64

Introduzione

La Mission di un'azienda sanitaria è quella di erogare prodotti/servizi che rispondano al soddisfacimento di un bisogno di salute osservando degli standard di qualità. Intendendo con questo termine l'insieme delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che gli consentano di soddisfarebisogni espliciti ed impliciti del cliente/fruitori.

Il prodotto/servizio è il risultato di un processo, ossia di una sequenza di attività concatenate tra di loro che insieme portano alla realizzazione di quel bene, questo concetto in Sanità parte dal bisogno di salute dell'utente, il quale viene preso in carico dalla struttura sanitaria che lo segue passo dopo passo fino all'ottenimento di un risultato di terapia, incluso il monitoraggio dell'andamento della terapia e il follow-up.

Da questo punto di vista le azioni di promozione della qualità assistenziale, devono garantire che ciascun utente riceva la prestazione più adeguata, dalla quale si ottenga il miglior risultato possibile con il minor dispendio di risorse, il più basso rischio di danni conseguenti all'utilizzo del servizio, e la maggiore soddisfazione dell'utente.

Alla luce di ciò la qualità va vista sotto diverse angolazioni:

- punto di vista del professionista: secondo il quale “per servizio di qualità” s'intende l'erogazione di servizi di comprovata efficienza clinica (medicina basata sull'evidenze scientifiche). La qualità clinica non può prescindere dallo sviluppo delle competenze professionali ottenute attraverso la formazione, l'esercizio ripetuto, lo studio, la ricerca e l'innovazione
- punto di vista dell'organizzazione: la quale si dà una linea per standardizzare i comportamenti e per ridurre gli sprechi,ottimizzando le scelte organizzative e garantendo l'accessibilità a tutti.
- punto di vista dell'utente: che si traduce in sicurezza, in quanto vuole avere la garanzia che sia preso in carico come paziente, che ci sia continuità assistenziale ospedale/territorio/casa, che sia garantita l'umanizzazione delle cure e l'efficacia di queste.

Con la seconda riforma del Servizio Sanitario Nazionale è stata posta particolare enfasi sull'attenzione nei confronti del cittadino-cliente, in particolare nel 1992 con il Decreto Legge 502 e successivamente nel 1993 con il Decreto Legge 517, tali provvedimenti normativi introducono l'espressione "*Qualità delle prestazioni rese nell'ambito dei Servizi Sanitari Nazionali*" e prevedono l'adozione di un sistema di valutazione e revisione della qualità dell'assistenza. D'altra parte, nella filosofia del miglioramento continuo della qualità, è doveroso includere il punto di vista dell'utente quale strumento per rilevare alcuni aspetti attinenti le dimensioni della qualità del servizio.

Per saper se, le prestazioni che stiamo erogando siano servizi che l'utente percepisce come servizi di qualità dobbiamo misurare lo scostamento esistente fra prestazione erogata e aspettativa del cliente, per ottenere questo dato dobbiamo misurare la Customer satisfaction, valutando il grado di soddisfazione del nostro paziente/cliente.

Attualmente, questo strumento costituisce uno degli obiettivi più importanti da raggiungere per le strutture sanitarie, oltre all'efficacia, efficienza e appropriatezza delle prestazioni erogate, in quanto permette di conoscere meglio le aspettative e le percezioni dei pazienti e verificarne gli scostamenti, quindi ci consente di valutare se le prestazioni raggiungono il livello prefissato e di pianificare eventuali cambiamenti.

L'obiettivo di questa tesi è quello di progettare uno strumento, rappresentato dal questionario, in grado di rilevare la qualità percepita dai pazienti che accedono ai Servizi Trasfusionali dell'AUSL della Romagna con lo scopo di individuare quali aspetti del servizio possono essere migliorati per garantire una migliore assistenza.

Il seguente lavoro di tesi si articola nei seguenti capitoli:

- il capitolo uno, in cui si è voluto introdurre il concetto di qualità nelle sue diverse accezioni.
- il capitolo due, in cui viene descritta la “Customer satisfaction” e la sua introduzione in ambito sanitario, descrivendo infine le fasi di rilevazione.
- il capitolo tre, in cui viene descritta l’organizzazione dei servizi trasfusionali appartenenti all’azienda USL della Romagna in cui accedano pazienti che richiedono supporto trasfusionali attraverso la somministrazione di emocomponenti ed emoderivati in regime ambulatoriale.
- il capitolo quattro in cui si descrive il questionario, strumento che si è deciso d’implementare al fine di valutare la qualità percepita nei presidi delle strutture trasfusionali dell’AUSL Romagna. Vengono descritte le caratteristiche generali che un questionario deve possedere e le variabili che si sono prese in considerazione in quello proposto in questo elaborato. Si è svolto, infine, un primo approccio per verificare l’applicabilità dello strumento, conducendo un pre-test che ha coinvolto un numero ristretto di operatori che svolgono la loro attività all’interno dei presidi delle strutture trasfusionali dell’AUSL Romagna.

CAPITOLO 1 - La qualità in sanità

1.1 Definizione di Qualità in Sanità

La qualità genericamente intesa è un concetto difficile da definire pur rimanendo un tema centrale nella gestione dei servizi sanitari. Proporre una definizione della qualità accettabile per tutti in modo definitivo diventa problematico, se non impossibile. Tale termine, infatti, risente notevolmente sia delle *opinioni* di chi la valuta, sia delle *conoscenze* del tempo in cui viene elaborato. Il *concetto di qualità dell'assistenza* nel corso degli anni si è andato progressivamente arricchendo di *numerosi requisiti*, derivanti dai contributi teorici che hanno interessato sia il sistema sanitario che il sistema delle imprese. La prima definizione compare nel 1933 ad opera di Lee e Jones: "la qualità dell'assistenza è l'applicazione di tutti i servizi necessari della moderna medicina scientifica ai bisogni della popolazione". Negli *anni '60 A. Donabedian*, il pioniere della qualità nel mondo sanitario, definisce la qualità dell'assistenza come: "il grado con cui l'assistenza è in conformità con gli attuali criteri di buona assistenza". La *Palmer* nel 1988 propone una definizione più esaustiva rispetto alla precedente: "la qualità dell'assistenza consiste nella sua capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza". L'*Organizzazione Mondiale della Sanità* ha dato una definizione della qualità dell'assistenza meglio rappresentativa della sintesi di tale concetto, considerandola come "la *disponibilità di un mix di servizi sanitari diagnostici e terapeutici* tali da produrre con la maggior probabilità l'esito di un'assistenza sanitaria ottimale, compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica ed il rapporto con i fattori biologici quali l'età del paziente, la malattia di cui è affetto, le diagnosi secondarie concomitanti, le risposte al regime terapeutico, ed altri fattori connessi con :

- a) il *minimo dispendio di risorse* per raggiungere questo risultato;

b) il *minor rischio possibile* di ulteriori danni o disabilità in conseguenza di tale terapia;

c) la *massima soddisfazione possibile* del paziente riguardo al processo di assistenza, alla sua personale interazione con il sistema sanitario ed i risultati ottenuti (W.H.O 1988)".

Secondo la *definizione generale della Norma ISO 8402 del 1944* "la qualità è l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche che conferiscono ad un prodotto (ma anche a un servizio, un processo, un'organizzazione) la capacità di soddisfare le esigenze espresse o implicite dei clienti/fruitori", tenendo conto anche delle esigenze degli operatori. Più recentemente in ambito sanitario è stata proposta una definizione della qualità molto più articolata e completa, la quale, pur rispettando il concetto fondamentale della soddisfazione dell'utente/paziente contenuto nella definizione precedente, tocca tutti i vari aspetti che di fatto sono presenti quando si parla di *qualità delle cure mediche*:

- a) *fare solo ciò che è utile (efficacia teorica);*
- b) *nel modo migliore (efficacia pratica);*
- c) *con il minor costo (efficienza);*
- d) *a chi (accessibilità);*
- e) *soltanto a chi ha veramente bisogno (appropriatezza);*
- f) *facendo fare le cure a chi è competente per farlo (competenza);*
- g) *ottenendo i risultati ritenuti migliori (soddisfazione).*

1.2 La qualità nelle sue diverse accezioni

La qualità implica una relazione tra numerosi gruppi di professionisti e la collettività; essa è il fulcro dell'attenzione tanto per i professionisti quanto per gli operatori e gli utenti. La qualità di un servizio, al giorno d'oggi, ha assunto un significato molto ampio e delle diverse dimensioni.

Esistono quindi diversi tipi di qualità, tra questi: Il concetto di qualità dei servizi erogati si identifica – in letteratura – nella globalità degli aspetti e delle caratteristiche di un servizio da cui dipendono le sue capacità di soddisfare completamente un dato bisogno.

Tale concetto viene declinato secondo un insieme di dimensioni che devono essere considerate nel percorso che va da monte (progettazione) a valle (erogazione) della filiera del servizio e che rappresentano i passaggi obbligati per la verifica di eventuali gap di soddisfazione dell'utenza. Nella fattispecie, la qualità si presenta sotto quattro diversi aspetti in funzione di chi la guarda e di come la si misura (in modo oggettivo o soggettivo). Si distinguono, in particolare di qualità:

- attesa
- progettata
- erogata
- percepita

QUALITÀ ATTESA

Fa riferimento agli standard qualitativi che l'utente ritiene adeguati rispetto alle proprie esigenze e che lo stesso si aspetta di ricevere quale prestazione minima del prodotto/servizio di cui fruisce. Le esigenze legate alla qualità attesa possono essere espresse o meno definendosi, in quest'ultimo caso, come implicite. Ogni organizzazione dovrebbe prestare particolare attenzione nelle fasi di rilevazione della qualità attesa perché è sulle necessità e sui bisogni dell'utente che dovrà in seguito progettare le specifiche la qualità che intende erogare.

QUALITÀ PROGETTATA

È la qualità che l'organizzazione si propone di raggiungere, cercando di tradurre le esigenze dell'utente in requisiti da soddisfare. Per progettare la qualità occorre darsi degli obiettivi di performance e svilupparli al meglio nelle fasi del processo di progettazione/produzione o in quelle di erogazione del prodotto/servizio. Il divario tra ciò che si attende l'utente (la qualità attesa) e ciò che l'organizzazione progetta di fornirgli (la qualità progettata) è un gap che può essere definito come "gap di comprensione".

Questa mancanza di comprensione può generare problematicità che si ripercuotono sul servizio a valle.

QUALITÀ EROGATA

È la qualità associata a un prodotto/servizio al termine del processo produttivo o di erogazione dello stesso e fa riferimento ai livelli qualitativi che sono stati realmente raggiunti (e che, sostanzialmente, possono differire da quelli progettati). Il divario tra ciò che l'organizzazione ritiene che il cliente debba ricevere (ovvero la qualità progettata) e ciò che l'organizzazione realmente fornisce (ovvero la qualità erogata) è un gap definibile come "gap di realizzazione".

QUALITÀ PERCEPITA

È la qualità che l'utente riscontra nel servizio offerto e che esprime il suo grado di soddisfazione. Si riferisce alla sfera personale dell'utente, alle sue percezioni. Il divario tra la qualità effettivamente fornita dall'organizzazione (la qualità erogata) e la percezione che di essa ha l'utente (la qualità percepita) è un gap che può essere definito come "gap di comunicazione". La situazione ideale a cui tendere sarebbe quella di avere coerenza tra questi quattro aspetti e, in particolare, avere una qualità percepita uguale o superiore a quella attesa. Tale circostanza, infatti, implicherebbe che l'organizzazione ha perfettamente interpretato le esigenze espresse e implicite dell'utenza, è in possesso di strumenti, risorse e processi adeguati per rispondere a tali esigenze al fine di progettare il servizio e produrlo/erogarlo in maniera conforme alla progettazione iniziale.[4]

1.3 La qualità in sanità e le sue dimensioni

La questione della qualità è un tema centrale nella gestione dei Servizi Sanitari. La storia della Qualità inizia negli U.S.A subito dopo la seconda guerra mondiale, mentre nella nostra Sanità ha il suo ingrosso nel 1992 con il D.L. 502 e nel 1993 con il D.L.517. Nasce così il complesso fenomeno dell'innovazione resa necessaria per configurare un disegno generale di riforma per migliorare il Servizio Sanitario.

I successivi D.P.R. 14 gennaio 1997 n. 801 (che introduce in concetto di accreditamento delle strutture sanitarie e ed i sistemi di valutazione e miglioramento delle attività) e D.lgs. 229/99 (che ribadisce la necessità di garantire la qualità dell'assistenza e propone il metodo di verifica e revisione, prevedendo accordi tra Regione ed Aziende Sanitarie) meglio definiscono i campi d'azione. Ecco che vengono definiti i concetti di:

- Efficacia: capacità di produrre gli effetti desiderati (Efficacy = efficacia teorica, Effectiveness = efficacia in condizioni di lavoro reali)
- Efficienza: rapporto tra gli effetti reali di una prestazione ed i suoi costi di produzione.
- Rendimento: rapporto tra i risultati di una prestazione (guarigione, esame diagnostico, ecc.) ed i suoi costi di produzione
- Adeguatezza: rapporto tra i servizi disponibili e le esigenze della popolazione. Si ha così il passaggio da un sistema di strutture finanziariamente dipendenti ed organizzate su modelli funzionali ad un sistema di tipo imprenditoriale in cui la struttura ospedaliera è valutata sia in termini quantitativi che qualitativi nella produzione dei propri servizi.

Gli ospedali sono passati da un'organizzazione per funzioni, basata sulla suddivisione dei compiti, a strutture che lavorano per processi in cui il lavoro è svolto da piccoli gruppi con professionalità multidisciplinari, ma accomunati da una condivisione di valori, di obiettivi e di responsabilità. Quando si compiono valutazioni sulla qualità assistenziale in sanità bisogna considerare che il miglioramento investe tutte le dimensioni della qualità. Sono perciò identificati alcuni aspetti misurabili della qualità dell'assistenza infermieristica e sanitaria in genere che vanno sotto il nome di "dimensioni della qualità in sanità" e sono i seguenti:

- Efficacia attesa: la capacità potenziale di un certo intervento assistenziale di modificare in modo positivo le condizioni di salute delle persone a cui è rivolta, per cui di fondamentale importanza è fare ciò che è utile;

- Efficacia pratica: valutare i risultati ottenuti dall'applicazione di un interventodiroutine;
- Competenza tecnica: livello di applicazione migliore delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili;
- Accettabilità: grado di apprezzamento del servizio da parte di coloro che ricevono le prestazioni e dai loro comprimari;
- Efficienza: capacità di raggiungere i risultati attesi con il minor costo possibile;
- Accessibilità: è il grado di comodità da parte del cliente di trovare e raggiungereilservizio;
- Appropriatezza: grado di utilità dell'atto assistenziale rispetto al problema clinicoedalostatodelleconoscenze:
- Competenza: livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali, e delle tecnologie disponibili; pertanto = sapere, saper fare, saper essere;
- Tempestività: grado in cui l'intervento più efficace è offerto al cliente nel momentoincuièdimassimautilità;
- Umanizzazione: è il livello di rispetto della cultura, del credo e dei bisogni individuali del cliente per quello che concerne l'informazione e la qualità del servizio.[2]

Il miglioramento di queste dimensioni ci fa notare che la qualità va intesa sotto un'ottica sistemica e questi aspetti possono essere più o meno rilevanti a seconda di chi li considera. L'amministratore sanitario privilegerà l'efficienza e il controllo dei costi come prioritari nella definizione di qualità della prestazione. Per l'infermiere coordinatore la visione di qualità riveste una fascia più ampia che predilige sia il livello tecnico che relazionale. Il cliente vedrà nella qualità dei servizi prestati la soddisfazione immediata ai propri bisogni percepiti. L'organizzazione dovrà garantire l'adeguatezza dei processi e delle prestazioni in quanto la capacità professionale da sola potrebbe essere inutilizzabile.

Donabedian prevede la misurazione della qualità dell'assistenza sulla base di tre dimensioni correlate: la struttura, il processo e l'esito.

- La **struttura** (Qualità organizzativa) di base è l'impianto portante dell'organizzazione può identificarsi come il rachide, ed è la parte statica del sistema. Essa comprende la dotazione: di attrezzature, di edifici, di materiale di personale, l'adeguatezza delle soluzioni architettoniche e della strumentazione, delle risorse umane di cui è importante conoscere la competenza e l'esperienza, del sistema organizzativo assistenziale.

- Per **processo** (Qualità professionale) s'intende l'insieme dei comportamenti collettivi sia personali che interpersonali che gli operatori e gli utenti mettono in atto nei confronti dello stesso sistema organizzativo definito in base a specifiche norme scientifiche, etiche e sociali. Rappresenta ciò che gli operatori eseguono per i loro assistiti, con perizia adeguata e, ciò che i clienti corrispondono per curarsi. Il processo ha come punto di riferimento le procedure diagnostiche terapeutiche, la continuità assistenziale, la corrispondenza del comportamento degli operatori a specifici standard professionali, come il comfort e la privacy del contesto ambientale in cui si svolge l'assistenza (Appropriatezza dell'intervento).

- Per **esito** (Qualità percepita) s'intende le modificazioni delle condizioni e precisamente il cambiamento dello stato di salute da attribuire al processo assistenziale e cioè il grado di conoscenza della propria malattia, che il cambiamento dei comportamenti consegue al miglioramento della salute e, soprattutto della soddisfazione provata da chi quella assistenza la riceve.

L'esito costituisce il risultato finale per l'utente, in termini della riduzione della sofferenza, della inabilità fisica, psichica e sociale, di maggiore sopravvivenza, prestanza fisica e soddisfazione. I tre approcci sono importanti allo stesso modo ed è perciò opportuno che la valutazione si effettui a tutti e tre i livelli. Tale relazione presuppone che fra struttura, processo e esito vi sia un rapporto causa - effetto di tipo probabilistico potendo una buona struttura sanitaria aumentare la probabilità che in essa si sviluppi un buon processo di cura e potendo un buon processo di cura avere

una maggiore probabilità che possa concludersi con un buon risultato, senza che questo possa mai essere dato per scontato. I clienti misurano la qualità del servizio fra la qualità ideale e quella ritenuta accettabile ed esprimono la soddisfazione del servizio ricevuto fra la discordanza del servizio atteso e quello percepito. Quindi concludendo la soddisfazione del cliente non è altro che la differenza fra la sua attesa e il suo vissuto. I processi di rinnovamento dell'attuale momento storico, le richieste di miglioramento di cure e prestazioni sanitarie da parte dei clienti finali, hanno imposto un cambiamento nel modo di gestire gli ospedali. È necessario effettuare scelte innovative nel definire le strategie e per ricercare gli elementi di qualità che determinano situazioni di vantaggio competitivo. La trasformazione dell'ospedale in azienda, ha portato l'organizzazione sanitaria a considerare il paziente come "attore" consapevole ed informato. Il cliente, deve avere in ospedale un ruolo attivo, deve essere oggetto di attenzione da parte di tutti gli operatori della Sanità, devono essere compresi i suoi bisogni e rispettati i suoi valori. L'azienda-ospedale si deve confrontare con pazienti/clienti con livelli culturali e di istruzione più elevati, che porta a maggiori informazioni e aspettative. L'ospedale può competere se oltre a fornire buone prestazioni sanitarie, mette in campo confort, gentilezza e cortesia, capacità d'informazione e di "condurre per mano" il paziente durante tutto il processo di malattia. In questo contesto, il termine qualità nei servizi è complementare alla espressione Customer satisfaction poiché il giudizio sulla qualità è la misura di questa soddisfazione.[3]

CAPITOLO 2 - La Customer Satisfaction

2.1 Introduzione alla Customer Satisfaction

Nel settore pubblico, in particolare in quello della Sanità, è notevolmente aumentata l'attenzione verso il miglioramento continuo della qualità e hanno preso sempre più corpo forme di management e di gestione finalizzate all'ottenimento di livelli di prestazione sempre più efficace ed efficienti oltre che ad evitare errori, disfunzioni, insuccessi che andrebbero ad incrementare ulteriormente il già consistente malcontento dei clienti. Il concetto di Customer satisfaction trae le sue origini da una molteplicità di fattori, tra i quali vanno annoverati: la cultura dell'innovazione, la centralità della qualità nelle strategie gestionali, l'ascolto attivo delle esigenze del cliente, gli obiettivi di efficacia e di efficienza anche nel settore pubblico e il principio di trasparenza. [Rolando,1999]. L'ambito economico ed aziendalistico da tempo si è avvalso ampiamente del costrutto della Customer satisfaction e ad esso dobbiamo in numerosi contributi sul modello.

Tra gli autori che ne hanno fornito definizione, Cuomo [2000] ne parla in questi termini:

“..... La Customer Satisfaction può essere considerata come una metodologia di approccio alle problematiche aziendali, il cui obiettivo precipuo è di penetrare e pervadere il sistema organizzativo aziendale, orientandolo verso una continua attenzione al cliente, grazie all'ausilio dei principi della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia che costituiscono alcune delle sue principali componenti, mettendo così in moto un circolo virtuoso capace di far raggiungere all'azienda un più adeguato posizionamento, nonché consentirle di fronteggiare al meglio la sfida della complessità e dell'incertezza degli scenari concorrenziali” [Cuomo, 2000 p. 2].

Mediante questo modello al consumatore viene attribuito un ruolo decisionale, autonomo e consapevole che porta al superamento dell'agire unilaterale antecedente e che prevede, invece, partecipazione coinvolgimento sia interno che esterno. In tal senso, in un'ottica strategica, il cliente funge da guida, da orientamento alle decisioni aziendali (visione

CustomerCentered) e dalla sintonia tra cliente e azienda scaturisce un accrescimento del valore. Anche il settore pubblico ha mostrato interesse per il modello e si è gradualmente orientato sempre più a una logica di qualità e di soddisfazione del cliente, anche se valutare un servizio è sicuramente molto più difficile che esprimere giudizi di gradimento per un prodotto.[1]

2.2 Perché indagare la Customer Satisfaction?

Un primo e non irrilevante motivo di fondo è che nella cultura della qualità, la Customer satisfaction ricopre un ruolo determinante nel favorire la creazione di un circolo virtuoso che comporta esiti di fidelizzazione di moltiplicazione dei clienti [Favretto, 2002]; un secondo motivo è costituito dal fatto che essa asseconda l'attivazione di canali di comunicazione bidirezionali [Cuomo 2000], crea, inoltre, un clima più favorevole in quanto i consumatori sentono finalmente valorizzato il loro punto di vista, avvertendo che vi è condivisione degli obiettivi e si sentono partecipi alla generazione di risultati [Favretto 2000]; si attiva anche quella che Porter (1987) definisce una “catena del valore”, in cui ogni anello contribuisce ad aggiungere valore al processo globale. Un ulteriore aspetto, sicuramente non meno rilevante, è legato a una qualità migliorata nel rapporto tra il personale sanitario e il paziente/cliente per il riconoscimento a quest'ultimo sia di dignità che di contrattualità, con innegabili effetti positivi sulla sua volontà di guarigione [Arcuri, 1993]. Avere un approccio basato sui processi ci dà la possibilità di andare a studiare e misurare i processi che noi riteniamo più importanti e collegarli tra di loro infine gestirli allo scopo di perseguire gli obiettivi aziendali. [1]

2.3 Verso la qualità delle prestazioni sanitarie

La qualità è una caratteristica importante dell'assistenza sanitaria. Se in anni passati la preoccupazione è stata quella di portare al miglioramento dello stato di salute e al superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del nostro paese (artt. 1 e 2 della Legge n.833 del 1978), ora l'attenzione è orientata al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Si tratta di un *continuum* che parte dall'istituzione, avvenuta appunto nel 1978, del Servizio sanitario nazionale, la cosiddetta Riforma Sanitaria, che passa attraverso il successivo importante intervento legislativo del 1992, detto Riforma-bis, e che si completa con l'ulteriore provvedimento normativo del 1999, detto Riforma-ter. L'orientamento alla qualità diventa finalmente esplicito con il decreto legislativo n.502 del 1992: in esso sono contenuti due articoli (art.10 e art.14) che, per la loro portata, possono essere considerati “due pezzi da novanta” e che rappresentano gli archi portanti su cui poggerà tutto un piano architettonico volto a realizzare la filosofia del Total Quality Management in ambito sanitario. Con essi viene confermata l'importanza strategica di introdurre tutta una metodologia per la verifica, il monitoraggio e la revisione della qualità e anche la quantità di prestazioni. L'orientamento del servizio sanitario nazionale verso la valutazione alla promozione della qualità dell'assistenza sanitaria diventa, così, sistematico e primario a tal punto da far rientrare ritenere che il decreto legislativo numero 502 del 1992 abbia rappresentato una svolta epocale nel sistema dell'erogazione dell'assistenza sanitaria: la qualità delle prestazioni deve essere perseguita per il raggiungimento di elevati livelli di efficienza ed efficacia nell'erogazione dell'assistenza e nella promozione della salute. Da questo decreto legislativo prende avvio il percorso della qualità che si estende lungo due filoni. da un lato quello generato dall'art. 10 degli indicatori di efficienza e di qualità, orientato soprattutto verso la valutazione della qualità tecnico strumentale della prestazione, dall'altro quello generato dall'art.14 degli indicatori del grado di soddisfazione degli utenti, che scorre lungo il versante della

“qualità percepita degli utenti” a cui appartiene, invece, il Decreto Ministeriale 15 ottobre 1996 con il quale viene individuato un insieme di indicatori quale strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione umanizzazione dell’assistenza, al diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere, oltre che alla prevenzione delle malattie. L’accettabilità dei servizi da parte dell’utente (paziente o familiare) rappresenta una componente essenziale per il controllo di qualità e la valutazione della qualità dei servizi sanitari implica qualcosa di più della semplice misurazione del livello di sviluppo tecnologico. A questo punto occorre sottolineare l’altro importante frutto generato dall’art. 14 del D.M 502/92: la “Carta dei servizi pubblici sanitari”, attivata con Decreto del presidente del consiglio dei ministri 19 maggio n.65. La Carta dei servizi pubblici sanitari è considerata come un contratto che la struttura sanitaria stipula con i propri utenti in cui dichiara quali sono i servizi che offre e con quali standard di qualità e quantità. Se l’obiettivo della struttura sanitaria è quello di rendere i propri clienti soddisfatti, il come è sicuramente attraverso il miglioramento continuo della qualità: ciò che rende il cliente soddisfatto è la qualità del servizio reso.

La Customer satisfaction diviene quindi un obiettivo strategico da perseguire ed un’azione pienamente inserita nelle attività di programmazione sanitario come indicatore di qualità e perfettamente inserito nei principi di base della qualità: mancano gli otto punti... avendo così la possibilità di costruire le azioni migliorative utili a rendere il servizio sanitario sempre più rispondente ai bisogni dei cittadini/pazienti/utenti. La misurazione della soddisfazione del cliente (Customer satisfaction) si realizza attraverso i diversi modi con cui è conducibile un’indagine qualitativa (focus group, audit...) e comporta l’applicazione di questionari, interviste strutturate e non strutturate, interviste telefoniche, ecc. [1]

2.4 Definizione di Customer Satisfaction

Una prima definizione di Customer satisfaction è “la percezione soggettiva del cliente relativamente all’appagamento delle sue aspettative sulla base del servizio ricevuto”, il termine soddisfazione fa, quindi, riferimento allo stato emotivo che accompagna il raggiungimento di un bisogno o l’appagamento di un bisogno o di un desiderio (Galimberti, 1999). Un altro modo di vedere la Customer satisfaction è 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 (Quartapelle, 1994). La Customer satisfaction in ambito sanitario può essere intesa quindi 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 (considerazione, completezza e comprensibilità delle informazioni, cortesia, ecc.) ed al comfort ambientale*” (figura 1).

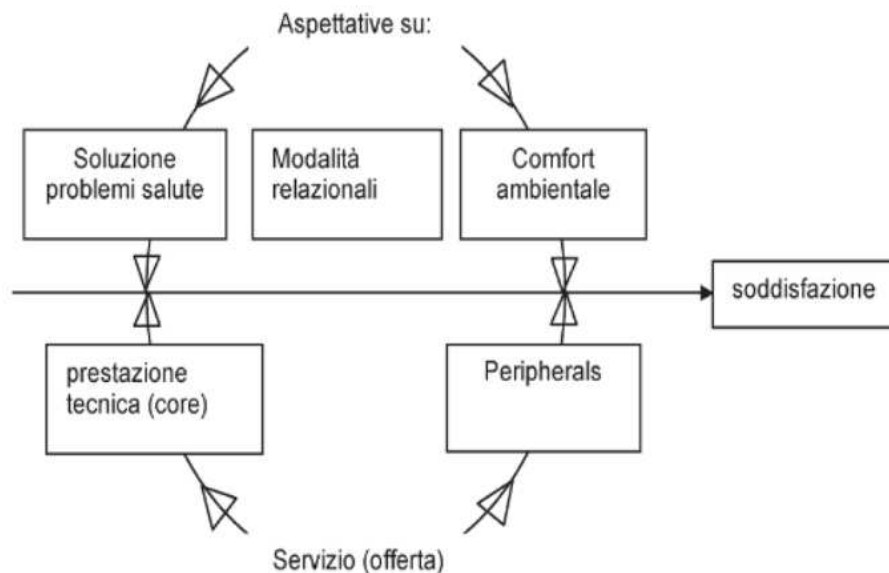


Figura 1: CustomerSatisfaction in ambito sanitario

Rilevare la Customer satisfaction serve a costruire un modello di relazione amministrazione-cittadini basato sulla fiducia e a dare nuova legittimazione all'azione pubblica fondata sulla capacità di dare risposte tempestive e corrispondenti ai reali bisogni dei cittadini e delle imprese. Si tratta, quindi, di verificare rispetto a specifici servizi offerti dalle amministrazioni:

- lo scostamento tra i bisogni del cittadino ed il punto di vista dell'amministrazione tenuto conto delle circostanze che i bisogni e le attese non sono sempre ben compresi dall'amministrazione e che amministrazione e cittadini possono attribuire un ordine di priorità diverso ai bisogni;

- lo scostamento tra le attese del cittadino e i livelli di servizio definiti, in considerazione del fatto che spesso l'insoddisfazione del cittadino dipende dal disallineamento tra le proprie attese e i livelli di prestazione previsti dall'amministrazione;

- lo scostamento tra i livelli di servizio definiti (e promessi) e le prestazioni effettivamente fornite, ascrivibile a disservizi nei processi di produzione e di erogazione dei servizi;

- lo scostamento tra le prestazioni effettivamente erogate e la percezione del cittadino, il cui grado di soddisfazione dipende anche da aspetti soggettivi e relativi alla propria personale esperienza di fruizione del servizio. [6]

2.5 Cosa non è la Customer Satisfaction

Per favorire il corretto ed efficace utilizzo di questo strumento, è utile precisare che cosa non è un'indagine di Customer satisfaction:

- non è un sondaggio d'opinione e cioè uno strumento finalizzato a misurare il consenso della cittadinanza nei confronti del livello politico o il grado di notorietà dell'amministrazione;

- non è la semplice distribuzione di un questionario di gradimento distribuito senza aver definito le relative modalità di predisposizione, somministrazione, elaborazione ed utilizzo;

- non è un dato statistico fine a sé stesso, dal momento che i dati rilevati assumono il valore di informazioni significative solo se correlati a possibili azioni e interventi di miglioramento;

- non è una misura dell'adeguatezza del personale e dei servizi a diretto contatto con il l'utente, in quanto misura la capacità di tutta l'organizzazione di generare valore per il cittadino e riguarda tutti gli aspetti del servizio (tecnici, relazionali, ambientali, di immagine, economici, organizzativi).

La rilevazione della Customersatisfaction è particolarmente utile nei casi in cui:

- si definiscono le politiche di intervento nelle fasi della pianificazione e dell'individuazione delle scelte e delle priorità; - si intende valutare l'impatto degli interventi di miglioramento dei servizi, per verificarne il riconoscimento da parte del cittadino;

- si impostano gli strumenti di controllo e valutazione interni (controllo di gestione, valutazione dei dirigenti, controllo strategico etc.).

È sconsigliato l'utilizzo di rilevazioni della qualità percepita nei contesti dove i servizi non hanno raggiunto un minimo livello di strutturazione organizzativa, in quanto le condizioni di un percorso di miglioramento sono collegate ad una realtà definita e ad una relazione con il cittadino consolidata.

2.6 Fasi del processo di rilevazione

Il processo di rilevazione della qualità percepita consiste in quattro distinte fasi che devono essere puntualmente rispettate per il successo dell'iniziativa.

a. La preparazione della rilevazione

Nella fase preparatoria della rilevazione viene definito l'ambito e l'obiettivo dell'indagine. Viene deciso se realizzare la ricerca con risorse interne oppure se ricorrere a professionalità esterne e viene scelto il modello di rilevazione più adeguato all'obiettivo. Durante questa fase è utile effettuare una pre-indagine esplorativa per verificare:

- l'eventuale esistenza di dati già disponibili presso l'amministrazione o fornitori esterni (ISTAT, associazioni di categoria...), da utilizzare quale base per la ricerca;
- la qualità dei dati esistenti in termini di completezza, aggiornamento, grado di dettaglio, neutralità;
- le modalità di svolgimento del servizio anche mediante momenti di osservazione diretta.

b. La raccolta dei dati

Questa fase è costituita dalle seguenti attività principali:

- la raccolta di informazioni (attraverso interviste, focus group, etc.) per definire meglio i fattori di soddisfazione da prendere in considerazione ai fini dell'indagine e i bisogni/attese da verificare;
- la progettazione degli strumenti di rilevazione, delle modalità di somministrazione, e la scelta dell'ampiezza dell'eventuale campione;
- la somministrazione degli strumenti predisposti (intervista personale, intervista telefonica, questionari da compilare a cura dell'utente, etc.) con modalità che favoriscano la partecipazione del cittadino, nonché la comprensione delle domande e che garantiscano l'obiettività dell'inchiesta.

c. L'elaborazione e l'interpretazione dei dati

In questa fase vengono elaborati ed interpretati i dati raccolti per valutare la soddisfazione dei cittadini, evidenziando la distribuzione degli utenti tra i diversi livelli di soddisfazione, la graduazione per importanza dei bisogni rilevati, le soglie minime e le soglie massime di attesa per la soddisfazione di ciascun bisogno, le soglie di tolleranza, le ragioni della presenza di forti aree di insoddisfazione o di gradimento, i punti di forza del servizio e le aree di debolezza su cui intervenire con azioni di miglioramento.

d. La presentazione e l'utilizzazione dei risultati

E' questa la fase conclusiva, nella quale si procede alla presentazione dei risultati all'interno e all'esterno dell'amministrazione in funzione della loro utilizzazione, per definire piani di miglioramento operativi, allocare specifiche responsabilità di miglioramento, controllare l'andamento dei risultati ottenuti, attuare tutte le azioni correttive e preventive, attivare l'orientamento all'utente dell'intera organizzazione in una logica di servizio, soddisfare pienamente le esigenze dei destinatari anticipando le loro aspettative. [5]

CAPITOLO 3 - Organizzazione Strutture Trasfusionali AUSL

Romagna

3.1 Il Sistema Trasfusionale in Italia

In Italia il Sistema Trasfusionale è pubblico e fa parte del Sistema Sanitario Nazionale.

La sua funzione è quella di erogare prestazioni di diagnosi e cura di medicina trasfusionale e di realizzare attività di produzione che comprendono oltre agli emocomponenti ad uso trasfusionale e non trasfusionale anche la raccolta del plasma per la produzione dei farmaci plasmaderivati e il trattamento e la conservazione delle cellule staminali emopoietiche.

La legge 21 ottobre 2005, n. 219 ha ridisegnato il sistema nazionale per lo svolgimento delle attività trasfusionali e l'Italia si è dotata di strumenti organizzativi che hanno rafforzato l'impegno diretto a conseguire l'autosufficienza nazionale di sangue ed emocomponenti, in armonia con i principi fondanti del S.S.N., ovvero: efficacia, efficienza, equità ed omogeneità di cura, appropriatezza.

Il modello italiano, (D.L 20 dicembre 2007 n.261 che recepisce la direttiva 2002/98, che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti) è fondato su una organizzazione in rete in cui il Ministero indica i principi e gli obiettivi fondamentali che le Regioni sono chiamate a perseguire nel rispetto delle autonomie, prevede il coinvolgimento del Servizio Sanitario e delle Associazioni di Volontariato ed è considerato a livello internazionale uno dei migliori possibili.

La rete dei Servizi Trasfusionali (istituita in base all'Accordo Conferenza Stato Regione 13 ottobre 2011) è delocalizzata su base territoriale e le Strutture Regionali di Coordinamento sono individuate dalle Regioni.

I Servizi Trasfusionali sono autorizzati dalle Regioni e Province autonome in conformità ai requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici e sono per legge affiliati agli ospedali. La raccolta di sangue può essere esternalizzata solo ad associazioni accreditate di donatori sotto la direzione tecnica dei Servizi Trasfusionali. Le autorità sanitarie del Governo e delle Regioni hanno il compito e l'impegno di promuovere una donazione periodica, non remunerata, responsabile e volontaria.

Il sistema si fonda, in linea con le normative europee, sui seguenti principi:

- donazione volontaria, periodica, responsabile, anonima e gratuita del sangue e dei suoi componenti, grazie al ruolo assunto dalle associazioni e federazioni di volontariato, istituzionalmente riconosciuto;
- perseguimento dell'autosufficienza del sangue, emocomponenti e farmaci emoderivati come obiettivo strategico nazionale, non frazionabile e sostenibile con il concorso di tutti gli attori del sistema;
- efficace tutela della salute dei cittadini (donatori e pazienti) attraverso un'accurata applicazione dei sistemi di controllo sulla sicurezza del sangue raccolto e trasfuso e della rete di emovigilanza sulle corrette applicazioni delle procedure di somministrazione in ambito ospedaliero e la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili;
- gratuità del sangue e dei suoi componenti per tutti i cittadini;
- sviluppo della medicina trasfusionale e dell'utilizzo clinico appropriato degli emocomponenti e farmaci emoderivati.[7]

3.2 Assetto organizzativo: il Sistema Trasfusionale dell'AUSL

Romagna

Il sistema trasfusionale del territorio dell'AUSL Romagna ha subito una riorganizzazione con la concentrazione di alcune attività, ciò ha rappresentato un'opportunità al fine di gestire situazioni complesse, creare occasione di scambi di conoscenza e di crescita professionale. Il progetto nasce nell'anno 2001 da un'intesa e fattiva collaborazione dei Direttori dei Servizi Trasfusionali della Romagna.

La Romagna si connota per essere una realtà regionale o sub regionale policentrica in Italia. La stessa posizione orografica ha impedito lo svilupparsi di una città capitale, producendo invece una serie di centri di dimensioni ridotte, ognuno a vocazione specifica, ma con elevata presenza di denominatori comuni, in pratica una capitale diffusa su tutta il territorio.

Numerose sono le opportunità che ad un territorio offrono le città capoluogo: sono in grado di far riconoscere un'identità comune a tutto il territorio, sono in grado di diventare naturale referenza per le necessità del territorio e diventare capace di produrre volumi di prestazione tale da garantire un efficace rapporto costo beneficio, specialmente per i servizi di alta qualità. Per ottenere servizi di alta qualità, le comunità locali della Romagna hanno messo in atto numerose esperienze in forma di "Consorzio"; anche l'attività trasfusionale che presenta, accanto ad esigenze tecniche, fortissime istanze sociali e culturali, per trovare soluzioni comuni si propone, quale obiettivo prioritario, un forte coordinamento di tutte le responsabilità professionali ed organizzative, in unità con le Associazioni/Federazioni di donatori.

Il contesto regionale aveva individuato il settore trasfusionale, fin dai primi anni 2000, come uno dei principali obiettivi strategici di integrazione, con finalità di concentrazione delle attività di validazione e progettazione di centri di produzione emocomponenti.

In una realtà, quella del territorio dell'attuale AUSL Romagna, che comprendeva quattro aziende sanitarie, è stato realizzato un coordinamento trasfusionale di Area Vasta, col proposito di ottemperare alle linee di indirizzo regionali e nazionali, che il Centro Regionale di Controllo e Compensazione (CRCC) propone periodicamente nel Piano Sangue e Plasma Regionale. Si è passati ad un progetto di riorganizzazione di Area Vasta Romagna Trasfusionale (AVR-T).

Il progetto di riorganizzazione AVR-T, presentato il 5 febbraio 2008, nasce dalla considerazione di alcuni fattori fondamentali quali:

- l'evoluzione delle terapie chirurgiche e mediche che ha indotto la richiesta di emocomponenti di supporto a maggior complessità produttiva, rendendo oltremodo difficile la funzione per organizzazioni trasfusionali di piccole dimensioni,
- l'Imperativo della Comunità Europea di rendere accessibile la trasfusione indipendentemente dal censo dei pazienti,
- l'evoluzione delle patologie verso forme croniche, in misura minore o maggiore invalidanti, produce una prepotente richiesta di disporre delle migliori terapie in prossimità al paziente,
- la necessità di un miglior utilizzo integrato delle risorse tecnologiche e materiali, nonché della necessità di disporre di risorse umane formate ed in numero adeguato all'attività da svolgere,
- la necessità di standardizzare le metodiche diagnostiche e produttive.

Pertanto, nella AVR le ASL si sono accordate per mettere a disposizione dei Servizi Trasfusionali una "Officina Trasfusionale" identificata in località Pievesestina di Cesena, in luogo logisticamente strategico per il territorio della Romagna. Tale disponibilità ha reso possibile una riorganizzazione complessiva delle attività trasfusionali del territorio.

Questo è stato un passaggio fondamentale di adesione alle direttive europee, infatti l'organizzazione trasfusionale nei paesi aderenti alla Unione Europea è sottoposta a regole inizialmente rappresentate da "Raccomandazioni del Comitato Trasfusionale Europeo" (anno 1995),

successivamente sviluppatesi come “indicazioni del Consiglio d'Europa” dalle quali scaturiscono “Decreti Legislativi” con obbligo di recepimento delle stesse da parte degli stati membri. Tale iter legislativo ha lo scopo di assicurare la circolazione degli Emocomponenti ad uso trasfusionale in tutto il territorio Europeo.

I Decreti Legge emanati a seguito della Legge Trasfusionale Italiana ed anche in recepimento delle indicazioni del Consiglio d'Europa, identificano precise responsabilità del processo trasfusionale alle quali nessuna organizzazione trasfusionale può sottrarsi.

Il sistema sanitario regionale dell'Emilia Romagna prevede una ripartizione del territorio per Aziende Sanitarie ciò ha imposto l'inserimento dell'Officina e dei Servizi Trasfusionali nel contesto delle quattro Asl della Romagna.

L'istituzione nel 2016 della Azienda USL della Romagna, che fino a quel momento prevedeva nel territorio 4 aziende sanitarie distinte, ha comportato una riorganizzazione del Sistema Trasfusionale a garanzia del controllo sull'intero processo trasfusionale che in linea con le indicazioni della regione Emilia Romagna ha istituito un Programma di Sangue Plasma di AUSL Romagna, che ha funzioni di applicazione in sede locale degli indirizzi di programmazione definiti in ambito regionale. La stessa azienda ha istituito 3 Comitati Ospedalieri del Buon Uso del Sangue (COBUS) a valenza provinciale con funzione strategiche a garanzia della qualità e della sicurezza delle cure in ambito trasfusionale[8]. All'interno dell'AUSL della Romagna, il Sistema Trasfusionale è inserito nel Dipartimento di Medicina di Laboratorio Trasfusionale e (MeLabeT).

In particolare comprende:

- Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) Cesena-Forlì/Officina Trasfusionale Romagna, il quale a sua volta è articolato su tre presidi: Cesena, Forlì e Pievesestina.
- Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) articolato su due presidi Rimini e Riccione.
- Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) Ravenna, il quale a sua volta è articolato su tre presidi: Ravenna, Faenza e Lugo.

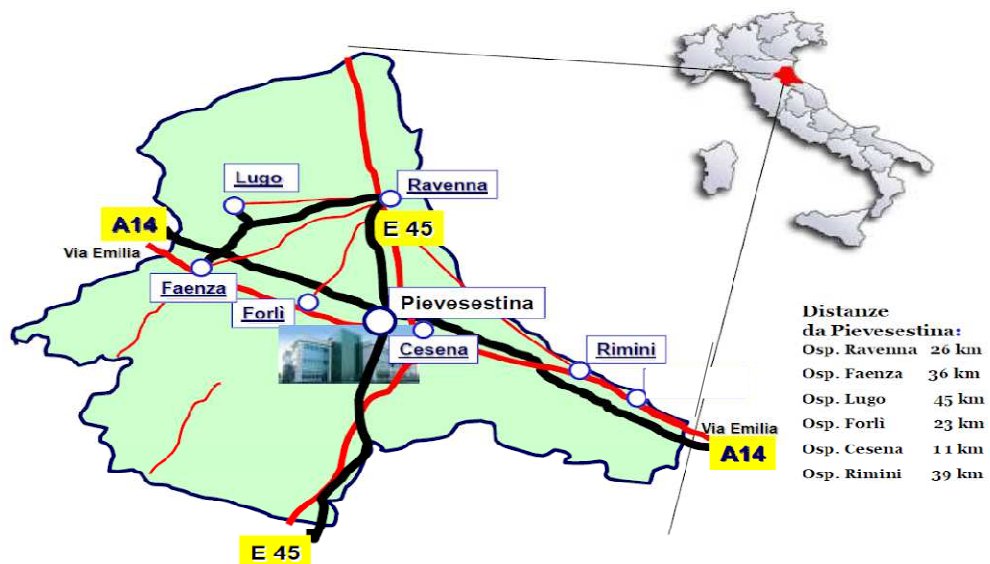


Figura 2: Dislocazione Strutture Trasfusionali e Centri Trasfusionali AUSL Romagna

La diversa natura delle strutture che compongono il Sistema Trasfusionale dell'AUSL Romagna comporta una scelta logistica differente, infatti la loro ubicazione è conseguenza del servizio offerto. (Figura 2)

Per questo motivo troviamo collocate presso gli ospedali cittadini 4 Strutture Trasfusionali:

- Ospedale “M. Bufalini” Cesena
- Ospedale “Morgagni-Pierantoni” Forlì
- Ospedale “Infermi” di Rimini
- Ospedale “Santa Maria delle Croci” Ravenna

e 2 Centri Trasfusionali:

- Ospedale “degli Infermi” di Faenza
- Ospedale “Umberto I” Lugo

Le Strutture Trasfusionali hanno, in particolare, in carico la gestione del paziente:degli esami pre-trasfusionali per la valutazione della compatibilità immunoematologia degli emocomponenti ad uso trasfusionale, attività clinico-assistenziali di medicina trasfusionale e l'emovigilanza.

Mentre, l'Officina Trasfusionale che è funzionalmente e geograficamente è stata identificata come centro di produzione e qualificazione biologica di tutte le unità di sangue intero ed emocomponenti raccolti nel territorio della AUSL Romagna ed è ubicata presso il Centro Servizi Pievesestina – Laboratorio Unico.

Il Sistema Trasfusionale dell'Azienda USL della Romagna trova il suo coordinamento a livello territoriale nel Comitato di Programma Sangue e Plasma come definito dal vigente Piano Sangue Plasma 2017/2019 della regione Emilia Romagna.

Il Coordinamento Trasfusionale di AUSL Romagna propone un'organizzazione in grado di conservare i vantaggi, peraltro importanti, ottenuti dalla organizzazione italiana orientata prevalentemente alla appropriatezza, e sviluppare i possibili vantaggi derivanti dalla programmazione centralizzata della raccolta e produzione di emocomponenti. Il “servizio al donatore” mette a disposizione un “prodotto biologico semilavorato” che deve subire numerose trasformazioni per essere reso disponibile al “servizio al paziente” la trasformazione e validazione delle Unità Trasfusionali, è ovviamente in dipendenza assoluta dai due “servizi” che sono rispettivamente il “fornitore” e “utente”.

Per mantenere in efficienza ed efficacia il sistema occorre che la “produzione” sia innescata dalla richiesta dell'utente e possa in qualche modo disporre della fornitura del prodotto biologico semilavorato nei tempi e nei modi necessari al corretto impiego delle risorse.

È più che evidente che l'appropriatezza della “Trasfusione” produrrà effetti organizzativi ed economici sulle due fasi precedenti e poiché è anche vero che queste possono incidere consistentemente su quella, risulta indispensabile un governo clinico unitario.

Per conservare un approccio etico alla trasfusione, occorre che lo strumento di governo tenda ad includere ogni responsabilità di processo, è pertanto di vitale importanza mantenere e sviluppare l'attenzione non solo ai “prodotti trasfusionali” ma all'intero processo trasfusionale evitandone il frazionamento e la distribuzione in outsourcing. [9]

3.3 Tipologia pazienti che accedono al Servizio Trasfusionale

Le prestazioni erogate dalle Strutture Trasfusionali dell'AUSL Romagna sono di carattere clinico-assistenziale (L. 219 21 ottobre 2005 e D.M. 2/11/2015) e riservate prevalentemente a pazienti che richiedono supporto trasfusionali attraverso la somministrazione di emocomponenti ed emoderivati in regime ambulatoriale.

Le principali prestazioni e patologie trattate sono riportate nella seguente tabella (tabella 1):

Prestazione	Patologie trattate	Struttura Trasfusionale
Terapia con emocomponenti	Emoglobinopatie Patologie oncologiche e ematologiche Patologia gastrica	Cesena/Forlì; Rimini; Ravenna.
Prelievo per emocomponenti ad uso non trasfusionale	Utilizzo topico di emocomponenti	Cesena/Forlì; Rimini; Ravenna
Terapia marziale E.V	Anemia sideropenica e anemia del pre-operatorio nell'ambito di programmi di PBM	Cesena/Forlì; Rimini; Ravenna.
Salassoterapia	Poliglobulie primitive e secondarie Emocromatosi	Cesena/Forlì; Rimini; Ravenna.
Predeposito	Pazienti con fenotipo eritrocitario raro, o con alloimmunizzazioni complesse per i quali è impossibile reperire emocomponenti compatibili o per il paziente pediatrico candidato ad intervento di scoliosi vertebrale.	Cesena/Forlì; Rimini; Ravenna.
Raccolta di cellule staminali emopoietiche autologhe (CSE)	Patologie ematologiche Tumori solidi	Forlì; Rimini; Ravenna.
Raccolta di cellule mononucleate autologhe	Melanoma	Forlì
Plasma Exchange	Porpora trombotica trombocitopenica Patologie neurologiche Plasmaferesi terapeutiche secondo indicazioni linee guida internazionali	Cesena/Forlì; Rimini; Ravenna.
Terapia con emoderivati e concentrati Infusione dei fattori della coagulazione	Malattie emorragiche e trombotiche congenite e acquisite	Cesena

Tabella 1: Tipologia pazienti che accedono alle strutture trasfusionali AUSL Romagna

1. Trasfusione di emocomponenti ed emoderivati

I pazienti che necessitano di terapia trasfusionale, accedono al settore Terapia Trasfusionale ove possono essere sottoposti a trasfusioni di emocomponenti (emazie concentrate, emazie filtrate, plasma fresco congelato, concentrati piastrinici).

Si somministrano inoltre soluzioni di albumina, fattori della coagulazione (fattore VIII, IX, ricombinante e non) ed immunoglobuline.

Per le procedure di gestione, somministrazione, conservazione e controllo si fa riferimento alle indicazioni contenute nel documento “Gestione della terapia trasfusionale”.

1. Prelievo per emocomponenti ad uso non trasfusionale

Gli emocomponenti per uso non trasfusionale possono essere prodotti di origine piastrinica e di origine plasmatica.

L'utilizzo di tali emocomponenti è previsto per i prodotti di origine piastrinica:

- nell'applicazione locale di fattori stimolanti la crescita contenuti nei granuli piastrinici (in questo caso la presenza di crioprecipitato o di altri materiali ha la finalità sostanziale di supporto a tali fattori e alle attività biologiche da essi indotte);

per i prodotti di origine plasmatica:

- nell'applicazione di fattori plasmatici quali supporto ai fattori stimolanti la crescita contenuti nei granuli piastrinici o quale prodotto ad attività specifica.

2. Terapia marziale

Presso il Settore Terapia Trasfusionale viene eseguita l'infusione per via endovenosa di preparati a base di ferro. Il medico del ST esegue una consulenza immunoematologica e stabilisce, in base alle condizioni cliniche del paziente, il dosaggio e la frequenza della terapia.

3. *Salassi*

Il salasso si applica a pazienti poliglobulici e policitemici per mantenere l'ematocrito entro valori propri delle patologie di base. Il volume di sangue sottratto è di circa 400 ml e può variare secondo la costituzione e le condizioni del paziente.

5. *Predepositi*

L'autotrasfusione mediante predeposito, da DM 02/11/2015, risulta avere specifiche e limitate indicazioni. Per poter effettuare un predeposito, il paziente deve soddisfare i requisiti minimi stabiliti dal DM sopracitato (Allegato IX), così come sono da rispettare le quantità e le tempistiche.

Il sangue così raccolto viene identificato con dati anagrafici del paziente, numerazione univoca e firma del paziente e del medico responsabile del prelievo. Le sacche di sangue sono conservate nelle frigoemoteche del ST in spazi separati, dedicati e specificamente identificati.

6. *Raccolta di cellule staminali emopoietiche (CSE) autologhe*

La raccolta delle CSE da sangue periferico viene eseguita in pazienti con neoplasie solide destinati a chemioterapia ad alte dosi e in pazienti affetti da neoplasie ematologiche, con lo scopo di utilizzarle per autotrapianto.

Dopo una valutazione clinico-anamnestica e dopo aver dichiarato il proprio consenso, il paziente da sottoporre a raccolta di CSE autologhe, accede al Settore Day-Hospital e Terapia Trasfusionale, dove viene sottoposto alla procedura aferetica, assistito dal personale medico ed infermieristico. Al termine della procedura il paziente viene dimesso.

Qualora il grado di mobilizzazione non risponda alle necessità atte a garantire la ricostituzione midollare, il paziente viene convocato per una seduta aggiuntiva, eseguita il giorno seguente. Tutte le attività inerenti la raccolta aferetica CSE autologhe avvengono in conformità alle procedure di Programma trapianto.

7. Raccolta di cellule mononucleate per immunoterapia dei tumori solidi

Le raccolte delle cellule mononucleate vengono eseguite su pazienti oncologici affetti da melanoma, secondo accordo con l'IRST di Meldola.

Lo scopo è quello di generare cellule dendritiche utilizzabili per immunoterapia, stimolando il sistema immunitario ad aggredire le cellule neoplastiche.

8. Plasma exchange

La plasmateresi terapeutica è una procedura che prevede, con l'impiego di specifiche apparecchiature, la rimozione di plasma del paziente e la sua sostituzione, a seconda delle indicazioni, con soluzioni di albumina o soluzioni a base di cristalloidi o plasma fresco congelato.

L'obiettivo terapeutico è quello di rimuovere dal circolo fattori plasmatici (ad es. multimeri del fattore Von Willebrand ad alto peso molecolare, autoanticorpi, immunoglobuline) che intervengono nella patogenesi di alcune patologie o che possono essere responsabili delle manifestazioni cliniche della malattia o delle sue complicanze.

La plasmateresi terapeutica viene utilizzata in accordo con le Linee Guida ASFA aggiornate all'ultima revisione del 2019.

9. Centro Malattie Emorragiche Congenite (MEC) e ambulatorio coagulazione

Le Malattie Emorragiche Congenite (MEC) sono patologie genetiche caratterizzate da sanguinamenti, spesso anche spontanei dovuti a mancanza/carenza di fattori della coagulazione, che colpiscono vari sistemi dell'organismo ma che in particolare si verificano a carico dell'apparato muscolo scheletrico.

La malattia riveste una notevole rilevanza sociale per l'evoluzione clinica progressivamente ingravescente a carico di muscoli e articolazioni, comportando in breve tempo, se non trattata in modo tempestivo, lesioni anche croniche altamente invalidanti che vanno sotto il nome di "artropatia emofilica".

Il paziente con diagnosi di MEC necessita pertanto di terapia farmacologica sostitutiva per via endovenosa e di visite di controllo specialistiche periodiche, mirate alle diverse necessità cliniche.

Presso il centro MEC vengono svolte visite ambulatoriali programmate per:

a) diagnosi di MEC, erogazione esenzione, informazione ed istruzione dei pazienti;

b) visite e follow-up eventi clinici, certificazione MEC, check-up annuali, stesura piani terapeutici a scadenza trimestrale, valutazione registrazione del diario infusione domiciliare, counselling prenatale pazienti e familiari, follow-up eventi clinici;

c) erogazione certificazioni (patente, 104, INPS, viaggi aereo,...) infusioni programmate;

d) attività check-up con un medico esperto di coagulopatie, esperto muscolo scheletrico, fisioterapista ed in caso di necessità esperto problematiche psicosociali (ambulatorio Cesena);

e) visite ambulatoriali per emergenze emorragiche: attività svolta dai medici referenti coagulopatie e personale infermieristico;

f) servizio di reperibilità telefonica 24 ore su 24 per urgenze ed emergenze.

Presso l'ambulatorio di coagulazione vengono effettuate visite per pazienti ambulatoriali e consulenze per pazienti ricoverati con problematiche coagulative emorragiche e/o trombotiche acquisite. [10,11]

3.4 Il Sistema Gestione Qualità nelle Strutture Trasfusionali.

Nel settore sanitario le aspettative da parte degli utenti sono in continua crescita, sia per il forte sviluppo tecnologico e la conseguente aumentata efficacia ed efficienza delle terapie disponibili, sia per la crescente consapevolezza da parte dell'utente riguardo gli standard di prestazione dovuti.

In tale settore, la qualità del servizio è un insieme di aspetti tangibili e intangibili: alla necessità di garantire la disponibilità di infrastrutture e strumentazioni adeguate si aggiunge il bisogno di competenza e cortesia del personale, di tempestività, accuratezza ed affidabilità degli interventi, di comunicazione chiara, sicura e riservata verso gli utenti.

Per far fronte alle aspettative esposte e per garantire la qualità richiesta dei servizi, il settore sanitario oggi è fortemente regolamentato, sia dal punto di vista cogente, con le regole e le procedure di autorizzazione ed accreditamento, sia da quello volontario, con una sempre più capillare diffusione dei Sistemi di Gestione per la Qualità conformi sia a norme non settoriali, quali la ISO 9001, sia a norme di settore quale, ad esempio, la ISO 13485, sia a standard settoriali quali, ad esempio, JACIE e JCI.

Ogni servizio trasfusionale deve sviluppare e mantenere un sistema di qualità che si basi sui requisiti della Direttiva Europea 2003/94 / CE (GMP) e soddisfi i requisiti individuati dalla direttiva 2005/62 / CE.

La qualità deve essere riconosciuta come una responsabilità della direzione e di tutte le persone coinvolte nei processi del servizio trasfusionale, in modo da garantire un approccio sistematico verso la qualità e l'implementazione ed il mantenimento di un sistema di qualità (direttiva 2005/62 / CE / Allegato 1.1.1) anche attraverso una sistematica applicazione dell'analisi dei rischi.

Con il Decreto Legislativo 19 marzo 2018, n 19, è stata attuata la direttiva (UE) 2016/1214 della Commissione del 25 luglio 2016, recante

modifica della direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali.

Il decreto legislativo prevede che i servizi trasfusionali e le unità di raccolta, gestite dalle Associazioni e Federazioni di donatori, per attuare le norme e le specifiche applicabili al sistema qualità di cui all'Allegato I del decreto stesso, applichino le linee direttrici di buone prassi (GoodPracticeGuidelines - GPGs), elaborate dalla Commissione europea e dalla Direzione europea per la qualità dei medicinali e dell'assistenza sanitaria (EDQM) del Consiglio d'Europa e pubblicate nella Guida alla preparazione, uso e garanzia di qualità degli emocomponenti del Consiglio d'Europa (20° edizione 2020).

Il raggiungimento di questo obiettivo di qualità è responsabilità della direzione. Richiede la partecipazione e l'impegno del personale in molti diversi settori e a tutti i livelli all'interno dell'organizzazione, ma anche da parte dei fornitori dell'organizzazione e dai suoi distributori. Per realizzare questo obiettivo di qualità affidabile ci deve essere un Sistema di Qualità progettato in modo completo e correttamente implementato; esso deve incorporare i principi di buone pratiche e la gestione del rischio per la qualità.

La Direttiva (UE) 2016/1214 della Commissione del 25 luglio 2016 modifica la direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali, introducendo in modo esteso nella pratica trasfusionale le Good Practice Guidelines, pubblicate nella 19° edizione della Guida EDQM (2017). Il recepimento della Direttiva nella normativa nazionale è avvenuto con il Decreto Legislativo n. 19 del 19 marzo 2018.

Si tratta solamente dell'ultima di una lunga serie di direttive europee che obbligatoriamente dovevano essere recepite nelle leggi degli stati membri dell'Unione, e che quindi hanno accompagnato le quotidiane attività delle strutture trasfusionali negli anni recenti.

Le normative nazionali di matrice europea, divenute nel tempo sempre più impegnative, sono quindi ormai entrate stabilmente nel sistema trasfusionale italiano, il quale pertanto non può non conformare ad esse le proprie scelte tecniche ed organizzative. L'orizzonte culturale della medicina trasfusionale quindi è sempre più caratterizzato da una duplice dimensione: da un lato, dobbiamo continuare a tener sempre presenti le evidenze scientifiche; dall'altro, non possiamo non tener conto dei vincoli normativi.

Le "Good Practice Guidelines" (GPGs) sono il frutto di una cooperazione "ad hoc" tra il Directorate Europeo per la Qualità dei Medicinali (EDQM) del Consiglio d'Europa e la Commissione Europea e nascono dalla necessità di garantire che gli Stati Membri dell'Unione Europea implementino gli standard e le specifiche della Direttiva 2005/62/CE, garantendo l'applicazione nei servizi trasfusionali delle linee guida della "Good Manufacturing Practice" (GMP), prevista nel primo sotto paragrafo dell'art. 47 della Direttiva 2001/83/EC.

All'interno del Sistema Qualità di un'organizzazione è stato evidenziato che la rilevazione del feedback da parte degli utenti ricopre un ruolo importante al fine del miglioramento della qualità.[12]

Per far ciò si possono utilizzare strumenti di rilevazione che devono possedere caratteristiche metodologiche precise. Essi devono essere validati, affidabili, pertinenti e garantire tempi rapidi di ritorno dell'informazione e preferibilmente tagliati su misura per specifici assetti di cura creati ad hoc per approfondire in dettaglio quegli aspetti che possono essere risultati critici in una precedente rilevazione, nel senso di un ciclo della qualità.

CAPITOLO 4 – Stesura del questionario

4.1 Il questionario

Una prima revisione della letteratura evidenzia che, per quanto riguarda la rilevazione e la valutazione della soddisfazione del cliente nel contesto della Medicina Trasfusionale, esistono diversi lavori che prendono in considerazione il donatore di sangue. Il donatore rappresenta il promotore di un primario servizio socio-sanitario nel sistema trasfusionale e sanitario italiano. Per definizione il percorso trasfusionale è un processo di grande complessità che richiede la messa in atto di numerosi sottoprocessi clinico-organizzativi, tecnici e logistici governati da un imponente massa di linee guida, leggi regolamenti, europei, nazionali e regionali periodicamente revisionati e aggiornati. Si parte dall'arruolamento di un donatore e come fruitore finale del servizio abbiamo un ricevente rappresentato da un paziente che a seconda della patologia può diventare cronico e per questo necessitare di una terapia trasfusionale che può essere erogata dalla medicina trasfusionale attraverso un regime ambulatoriale.

L'obiettivo della tesi è proprio quello di implementare uno strumento, nello specifico un questionario, al fine di valutare il servizio ricevuto all'interno di un servizio trasfusionale. Questo in virtù del fatto che è esperienza comune che il cittadino che riceve una prestazione formuli una propria valutazione. Su questo processo valutativo la letteratura non solo ha prodotto risultati considerevoli, ma ha anche progressivamente affinato dal punto di vista concettuale gli elementi che entrano in gioco nell'esplicitazione del giudizio espresso. Sarebbe pertanto sufficiente questa semplice constatazione per concordare sulla rilevanza e la sistematicità dell'ascolto del cittadino può avere.

Ci sono inoltre ragioni riconducibili agli effetti pragmatici dell'azione di ascolto, verso le quali occorre porre attenzione.

Se inserita in un rapporto di ascolto, la richiesta al cittadino di esprimere il proprio giudizio sulla prestazione ricevuta, incrementa l'idea di una responsabilità nel funzionamento dei servizi, alimentando la fiducia verso l'organizzazione.

Questo sul fronte dell'organizzazione, comporta l'assunzione di un impegno verso il miglioramento del servizio e di capacità di gestione del processo di ascolto avviato.

Per entrambi può costituire la verifica empirica che si può dialogare e quindi mettere a disposizione il proprio tempo per valutare quanto si sta facendo.[13]

4.2 Caratteristiche generali del questionario

Nelle organizzazioni sono disponibili diverse modalità di rilevazione della qualità così come è percepita dai fruitori dei servizi: alcune sono di tipo quantitativo, volte a raccogliere le percezioni dei fruitori del servizio in generale e nei suoi elementi analitici, ad esempio le survey; altre raccolgono le valutazioni e i suggerimenti dei cittadini in modo qualitativo, come per esempio il focusGroup.

I questionari rappresentano uno strumento quantitativo per rilevare le percezioni e i livelli di soddisfazione di un insieme di cittadini che hanno fruito di un servizio sanitario, in modo economico, veloce e anonimo.

Chiedendo direttamente ai cittadini di rileggere la propria esperienza personale rispondendo alle domande preposte è possibile misurare il loro livello di soddisfazione in relazione ai servizi sanitari fruiti, evidenziare i punti di forza dei singoli servizi e far emergere le possibili aree di miglioramento.

Tale strumento permette di realizzare sia confronti diacronici che rilevano i cambiamenti nel tempo dei livelli di soddisfazione dei cittadini, sia confronti sincronici tra livelli di soddisfazione relativi a servizi simili.

I questionari sono:

“strumenti di raccolta delle informazioni, definiti come un insieme strutturato di domande e relative categorie di risposta definite a priori da chi lo costruisce, ovvero di domande cosiddette “chiuse” dove all’intervistato (inteso come colui che risponde alle domande scritte del questionario) viene richiesto di individuare tra le risposte presentate quella che più si avvicina alla propria posizione, e/o di domande “aperte”, che non prevedono cioè delle risposte predeterminate” (Zammuner, 1996).

Ma alle quali il soggetto può rispondere riportando e valutando la propria esperienza.

Il questionario è lo strumento di misura per eccellenza poiché consente la misurazione di un fenomeno in modo quantitativo.

- Standardizzazione degli stimoli: le domande di un questionario sono poste nello stesso ordine e con gli stessi termini a tutti i soggetti. Questa caratteristica permette di raccogliere in maniera uniforme le informazioni sui temi oggetto di indagine e di confrontare le risposte tra loro.
- Strutturazione delle risposte: il questionario è costituito da domande a risposta chiusa. [14]

Vantaggi	Limiti
<p>Semplicità Le domande sono semplici da somministrare e le risposte sono facili da registrare (è sufficiente segnare la risposta scelta).</p>	<p>Rigidità Il rispondente può voler dare una risposta, non essendo compresa tra quelle proposte, viene persa o distorta.</p>
<p>Economicità Il questionario standardizzato può essere somministrato contemporaneamente a un alto numero di individui, permettendo un risparmio di tempo e risorse rispetto allo strumento dell'intervista aperta.</p>	<p>Poca "sensibilità" dello strumento Il questionario autosomministrato non è in grado di rilevare le percezioni di alcune categorie di persone: analfabeti, persone con poca dimestichezza con la lingua italiana scritta (anziani, stranieri ecc.).</p>
<p>Velocità di elaborazione dei dati Le informazioni così raccolte possono essere elaborate e presentate velocemente attraverso l'uso di software informatici facilmente disponibili, come ad esempio Excel.</p>	<p>Effetti della strutturazione delle domande Il rispondente può irritarsi per il fatto di non poter esprimere liberamente le proprie convinzioni. Ciò comporta, inoltre, una semplificazione della soggettività dell'esperienza del singolo.</p>

Tabella 2: Vantaggi e Limite del questionario.

4.3 Lettera di presentazione

La lettera di presentazione anteposta al questionario serve per chiarire quali siano gli obiettivi della ricerca. Nel nostro caso, la finalità nel raccogliere le opinioni dei pazienti, sulle prestazioni ricevute e le loro aspettative, ha lo scopo di migliorare la Qualità dei servizi offerti delle Strutture Trasfusionali dell'AUSL Romagna al fine di garantire un miglior servizio ad ogni singolo cittadino che vi accede. Allo scopo di rispettare i requisiti di legge (D.Lgs 196/2003, art. 13), alla lettera di presentazione è stata allegata il modulo per acquisire il consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'AUSL Romagna.

4.4 Struttura del questionario

Il questionario costituito da un totale di 34 item, si presenta suddiviso in sezioni che ripercorrono le diverse fasi temporali del processo di prestazione di specialistica ambulatoriale (prenotazione, accesso, erogazione, refertazione). Ogni area si articola in ulteriori aspetti che sono oggetto di valutazioni di dettaglio (Tabella 3); tali dimensioni riguardano il rapporto con il professionista, le modalità di accesso-prenotazione, l'impatto con la struttura, le informazioni ricevute, i tempi di attesa e il giudizio sui tempi in funzione delle fasi del percorso.

La sezione iniziale (la cui compilazione è a cura dell'Azienda) evidenzia il numero identificativo del questionario, il periodo di compilazione, il presidio della Struttura Trasfusionale.

Area di indagine Dimensioni della qualità indagate	
Prenotazione	<ul style="list-style-type: none">- informazioni su come si sarebbe svolta la prestazione- tempo di attesa per ottenere la prenotazione
Accesso	<ul style="list-style-type: none">- accessibilità alla struttura (disponibilità di parcheggi, segnaletica)- tempo di attesa prima di entrare per appuntamento / visita
Informazioni	<ul style="list-style-type: none">- informazioni sulle caratteristiche dell'emocomponente da trasfondere- firma consenso informato
Erogazione della prestazione	<ul style="list-style-type: none">- igiene degli ambienti- comfort- tempo dedicato dal professionista- rispetto della privacy- gentilezza e cortesia del personale- tempo di attesa per il pagamento del ticket
Refertazione	<ul style="list-style-type: none">- tempo d'attesa per ottenere il referto

Tabella 3: Dettaglio area d'indagine

Sono previste una serie di domande al fine di valutare le informazioni ricevute, sul contesto, sulla prenotazione, l'accesso, l'informativa ricevuta sui rischi e benefici del trattamento, l'erogazione della prestazione, valutando nello specifico ambienti, comfort, rispetto della privacy, tempo dedicato dai professionisti e la loro modalità di relazionarsi con il paziente e una parte dedicata alla refertazione. Ed infine una parte per esprimere liberamente suggerimenti e proposte di miglioramento.

L'ultima sezione raccoglie i dati socio-anagrafici dell'intervistato: nazionalità, sesso, età, titolo di studio, condizione professionale.

Il questionario contiene alcune domande filtro che permettono di costruire un percorso diverso per ciascun rispondente.

Le domande sono state formulate utilizzando la tipologia di domande a "forma chiusa" (o ad alternativa fissa o a risposta graduata).

Queste presentano per definizione, i vantaggi e i limiti riportati nella seguente tabella (Tabella 4).[14]

Vantaggi	Limiti
<p>Somministrazione delle domande Si risponde più velocemente alle domande chiuse.</p>	<p>Vincolo di domanda Le categorie di risposta a una domanda possono non prevedere tutte le possibili risposte che l'intervistato potrebbe voler dare su un dato argomento. Tali domande potrebbero forzare gli intervistati a dare delle risposte che non rappresentano le loro reali posizioni.</p>
<p>Comprensione delle domande La lista delle alternative di risposta che accompagnano una domanda chiusa può aiutare la persona a comprendere meglio la domanda stessa e a focalizzarsi sugli aspetti di interesse per il ricercatore.</p>	
<p>Tasso di risposta Il tasso di risposta è molto più alto.</p>	<p>Qualità dei dati Le categorie di risposta predeterminate possono suggerire una risposta anche a chi in realtà non ha niente da dire, facendo rilevare dei dati non veritieri. Inoltre non permettono di acquisire informazioni nuove, se non quelle previste.</p>
<p>Elaborazione delle risposte Sono più facili e veloci da codificare ed elaborare.</p>	

Tabella 4: Vantaggi e Limite delle risposte chiuse in un questionario.

La dimensione del campione in base al numero di utenti (teste) e non di accessi in quanto questi ultimi possono essere compiuti da uno stesso utente più volte nell'arco dello stesso periodo.(nei 12 mesi precedenti all'indagine).

Successivamente il campione può essere stratificato nei diversi presidi di cui fanno parte le strutture Trasfusionali di AUSL Romagna.

Inoltre, per poter effettuare confronti attendibili tra le diverse strutture/servizi/Unità operative, occorre determinare la quota omogenea minima di questionari chesi intende ottenere compilati: si ritiene auspicabile raccoglierne almeno 50 per ognirealtà coinvolta nell'indagine.

Per la valutazione dei singoli item vengono utilizzate due diverse scale:

- scala bilanciata a 6 valori - 3 giudizi positivi e 3 negativi - per la valutazione degli aspetti specifici del servizio: totalmente inadeguato, molto inadeguato, inadeguato, adeguato, molto adeguato e totalmente adeguato;
- scala a 6 valori per la valutazione dei tempi di attesa: molto lungo, lungo, abbastanza lungo, abbastanza breve, breve, molto breve. Laddove non si richiede una valutazione complessiva del servizio e delle aree tematiche, viene sempre fornita la possibilità del “non so” /” non ricordo”.

I dati potranno essere elaborati rispetto a tutte le possibili opzioni di risposta, ovvero mantenendo distinti i sei diversi livelli di giudizio proposti dalla scala di valutazione.

Nel caso in cui si voglia effettuare anche elaborazioni più sintetiche, i sei gradi di giudizio possono essere aggregati (Figura 3)

nelle tre categorie di:

- giudizio negativo (valutazioni: totalmente inadeguato, molto inadeguato, inadeguato);
 - giudizio sufficiente (valutazione: adeguato);
 - giudizio positivo (valutazioni: molto adeguato, totalmente adeguato);
- oppure nelle due sole categorie di:

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

Lo stesso procedimento vale per la scala a 6 valori: molto lungo, lungo, abbastanza lungo, abbastanza breve, breve, molto breve, per la valutazione dei tempi di attesa.

Il database e l'elaborazione dei dati possono essere effettuati con i software Excel, Access o con pacchetti di elaborazione statistica (SPSS, SAS, ...).

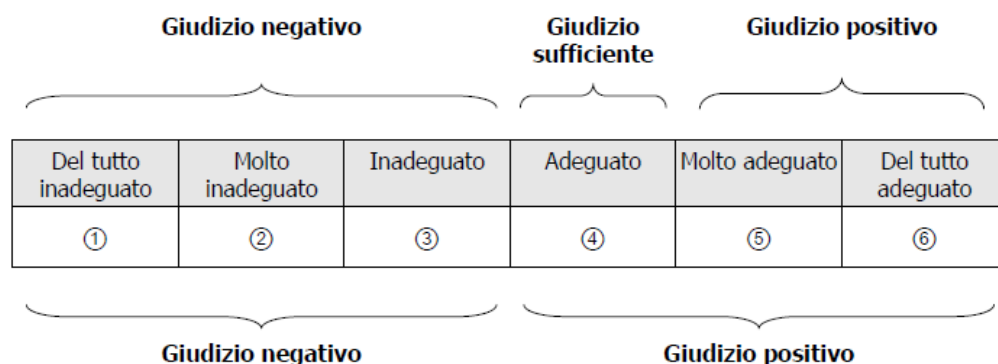


Figura 3. Schema della scala di valutazione

4.5 Modalità di somministrazione

Il metodo che si è pensato di scegliere per raccogliere le percezioni e il livello di soddisfazione dei fruitori dei servizi trasfusionali dell'AUSL Romagna è:

l'autosomministrazione: in cui ciascun rispondente legge le domande e poi risponde singolarmente; per questo motivo si è pensato di strutturare il questionario in maniera semplice, di facile comprensione e compilazione, e accompagnato da brevi e chiare istruzioni. Queste verranno fornite al paziente da parte dell'operatore sanitario, opportunamente formato, che avrà il compito di fornire tutte le indicazioni al paziente che si presta alla compilazione.

In particolare:

- I questionari sono distribuiti spiegando brevemente gli obiettivi dell'indagine, motivando il rispondente e chiedendone la collaborazione per la compilazione che gli viene affidata.
- I questionari sono distribuiti spiegando anche la modalità di compilazione, che prevede l'apposizione di una X nella risposta che si avvicina al modo di vedere del compilatore.
- Il questionario compilato è raccolto in una urna apposita, che garantisce l'anonimato del rispondente, o restituito per posta o per mezzo di fax.

4.6 Caratteristiche dell'autosomministrazione

I questionari vengono somministrati nel momento di contatto con il servizio sanitario, quando il cittadino si reca fisicamente presso un servizio sanitario. Il questionario viene consegnato personalmente al fruitore del servizio.

Vantaggi	Limiti
Tempestività Questa modalità permette di mettersi in contatto e di raccogliere le percezioni di un campione di cittadini che, usufruendo in quel momento della prestazione sanitaria, possono riferire per esperienza diretta e immediata le loro impressioni.	Poca "sensibilità" dello strumento Il questionario autosomministrato non è in grado di rilevare le percezioni di alcune categorie di persone: analfabeti, persone con poca dimestichezza con la lingua italiana scritta (anziani, stranieri, ecc.).
Economicità Consegnare il questionario nel momento di fruizione dei servizi può risultare una modalità economicamente vantaggiosa di raccolta delle percezioni dei fruitori.	Desiderabilità sociale La particolare situazione può generare un bias orientato all'aumento della positività dei giudizi.

<p>Sostegno nella compilazione Durante la compilazione, il rispondente può fare riferimento all'incaricato che ha distribuito lo strumento per ricevere informazioni su parti del questionario poco chiare.</p>	<p>Semplicità dello strumento Dal momento che manca l'intervistatore risulta necessario formulare le domande in un linguaggio semplice, comprensibile a tutti.</p>
---	--

Tabella 5: Vantaggi e Limite del questionario autosomministrato.

Con questa tipologia di somministrazione il tasso di risposta è variabile e può dipendere

da diversi elementi:

- fattori psicologici di subalternità;
- fattori di contesto;
- livello motivazionale.[14]

Al fine di garantire un livello più elevato di ritorno e abbassare notevolmente il rischio di non risposte da parte dell'utente intervistato si è pensato di:

- identificare un referente di progetto per ogni struttura coinvolta, che tenga i rapporti tra questa e l'ufficio referente (a livello aziendale) per la cura del piano di somministrazione e l'elaborazione dei dati e dei report
- identificare un responsabile per ogni presidio, cui è assegnata la responsabilità di supervisione di tutte le attività legate alle diverse fasi dell'indagine (individuazione e coinvolgimento del personale, promozione e comunicazione dell'iniziativa agli utenti).
- sensibilizzare e coinvolgere il personale affinché contribuisca alla buona riuscita dell'iniziativa, sollecitando a sua volta il paziente a partecipare all'iniziativa. Per questo si propone di organizzare dei corsi di formazione al fine di far conoscere a tutti gli operatori delle strutture trasfusionali dei presidi dell'AUSL Romagna lo strumento di rilevazione da utilizzare e le sue finalità.
- consegnare al paziente una lettera informativa, che spieghi motivazioni e obiettivi dell'indagine.

4.7 Il pre-test

In seguito alla prima fase esplorativa si è passati alla fase di collaudo, cioè allo svolgimento del pre-test per il questionario stilato nella sua forma quasi definitiva.

Obiettivo di questa fase è individuare eventuali domande inutili, ambigue, poco chiare, troppo lunghe e di verificarne la sequenza ed eliminare alcune domande.

Il pre-test ha permesso di determinare la lunghezza complessiva del questionario, in modo da stabilire un'ipotetica tempistica per la sua compilazione.

Il pre-test è stato condotto su un campione di operatori, 10 persone, impiegate in alcuni dei presidi delle strutture trasfusionali AUSL Romagna. I soggetti sono stati invitati a visionare il questionario in formato cartaceo.

Grazie a questa prima visione del questionario, da parte di operatori del settore si sono potute apportare alcune utili modifiche allo strumento.

Ad esempio, su consiglio di un membro, nella sezione Dati Contesto alla domanda 2 si è aggiunta un'opzione di risposta (prestazione occasionale) (non periodica), inoltre sempre in questa sezione si è ritenuto opportuno aggiungere una domanda, nella fattispecie la numero 4 "In caso di terapia quale ha effettuato oggi?" in cui si specifica il tipo di terapia ricevuta.

Nella sezione Prenotazione viene suggerito di porre due domande distinte (la numero 9 "Se non inviato dal Pronto Soccorso, dopo quanto tempo Le hanno fissato l'appuntamento per la prestazione (urgente/breve)?" e la numero 10) "Dopo quanto tempo Le hanno fissato l'appuntamento per la prestazione in regime di non urgenza?" al fine di valutare il tempo trascorso fra il momento della prenotazione e l'effettiva visita.


Nella sezione Informazioni la domanda 11 "Se la terapia a cui è stato sottoposto è una trasfusione, da parte del Medico, le sono state spiegate le caratteristiche dell'emocomponente (globuli rossi, plasma o piastrine)?" è stata modificata nel seguente modo "Le sono stati spiegati i rischi e i benefici correlati alla terapia a cui è stato sottoposto?", modificando così la

domanda si è ridotta la sua lunghezza sintetizzando in modo chiaro i concetti principali. Su indicazione di due delle persone coinvolte in questa fase, nella sezione riguardante la valutazione dell'erogazione della prestazione la domanda 16 "Come valuta la visita a cui è stato sottoposto al fine di rilevare le sue condizioni di salute?" è stata eliminata in quanto considerata ambigua e di difficile comprensione da parte dell'utente. Sempre nella stessa sezione la domanda 17 "Come valuta il rispetto della Sua riservatezza e dignità durante la visita /terapia?" viene ulteriormente modificata in "Come valuta il rispetto della Sua riservatezza durante la visita /terapia?" in quanto si presentava come una doppia domanda (privacy/dignità) e in più si riferiva alla valutazione del rispetto della privacy.

Nella sezione Ticket alla domanda 25 invece di valutare il tempo di attesa del pagamento del ticket si è proposto di valutare la modalità di pagamento, in quanto all'interno dell'azienda si usano prettamente sistemi di pagamento elettronici.

Tutti i consigli emersi nella fase di pre-test sono stati accolti nel questionario.

Allegato 1: Consenso al trattamento dei dati personali

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p>CONSENSO TRATTAMENTO DATI PERSONALI QUESTIONARIO QUALITA' PERCEPITA STRUTTURA TRASFUSIONALE</p>
---	---

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto
nato a Il.....CF.....
Residente aVia.....
n.Tel.Cell.....

ACCONSENTE


ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, Li _____

(Firma del dichiarante (per esteso e leggibile))

Allegato 2: Lettera di Presentazione

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p>LETTERA DI PRESENTAZIONE QUESTIONARIO QUALITA' PERCEPITA DALL'UTENTE CHE ACCEDE ALLA STRUTTURA TRASFUSIONALE AUSL ROMAGNA</p>
---	---

Gentile Utente,

La preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione del presente questionario che sottoponiamo alla Sua attenzione con lo scopo di migliorare la Qualità dei servizi offerti delle Strutture Trasfusionali dell'AUSL della Romagna.

CARATTERISTICHE DEL QUESTIONARIO

Forma Anonima

*Trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs.
2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)*

COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

Barrare la casella corrispondente alla sua risposta

*Per ogni domanda è prevista **una sola** risposta*

RESTITUZIONE DEL QUESTIONARIO


Inserire nell'apposita urna

Inviare via fax al numero 0547/300186

Inviare via email all'indirizzo xxxx @auslromagna.it

La ringraziamo per la gentile collaborazione e Le porgiamo Cordiali Saluti.

**Allegato 3: Questionario qualità Percepita Struttura Trasfusionale
AUSL Romagna**

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p>QUESTIONARIO QUALITÀ PERCEPITA DALL'UTENTE CHE ACCEDE ALLA STRUTTURA TRASFUSIONALE AUSL ROMAGNA</p>
---	---

CASELLA COMPILATA A CURA DELL'AZIENDA	
PERIODO DI RILEVAZIONE (MM/AA) _____	N° Q. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PRESIDIO STRUTTURA TRASFUSIONALE AMBITO DI:	
<input type="checkbox"/> Ravenna <input type="checkbox"/> Rimini <input type="checkbox"/> Forlì <input type="checkbox"/> Cesena	

DATI DI CONTESTO

- 1) **È la prima volta che accede al nostro Servizio?** 1. Sì
2. No
Se ha risposto No risponda alla domanda 2
Se ha risposto Sì risponda alla domanda 3
- 2) **Con che frequenza accede al nostro Servizio?** 1. una volta alla settimana circa
2. una volta al mese circa
3. una volta ogni sei mesi circa
4. una volta all'anno circa
5. prestazione occasionale (non periodica)
- 3) **Quale tipo di prestazione ha effettuato oggi?** 1. una visita
2. una terapia
3. una visita e una terapia

4) In caso di terapia quale ha effettuato oggi?

1. salasso
2. trasfusione emocomponenti/emoderivati
3. infusione ferro
4. plasmaferesi
5. predeposito
6. raccolta cellule staminali
7. raccolta cellule mononucleate

PRENOTAZIONE

- 5) Chi le ha richiesto la prestazione specialistica?** 1. il medico di medicina generale (medico di famiglia) 2. specialista ospedaliero
3. specialista ambulatoriale 4. mi ha inviato il Pronto Soccorso

- 6) Come valuta le informazioni ricevute dal personale/segreteria della U.O al fine della prenotazione della visita?**

1. Totalmente inadeguate	2. Molto inadeguate	3. Inadeguate	4. Adeguate	5. Molto adeguate	6. Totalmente adeguate	7. Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7) La sua prenotazione è stata:**

1. in regime d'urgenza (risponda alla domanda 8)
2. in regime non urgente (risponda alla domanda 9)

- 8) Dopo quanto tempo le hanno fissato l'appuntamento per la prestazione (urgente/breve)?**

1. accesso diretto
2. tre giorni 3. entro 7-10 giorni

- 9) Dopo quanto tempo le hanno fissato l'appuntamento per la prestazione in regime di non urgenza?**

1. una settimana
2. due settimane
3. un mese
4. oltre un mese

ACCESSO
(fare riferimento al giorno dell'appuntamento)

10) Come valuta l'accessibilità alla struttura rispetto a:

	1.Totalmente inadeguata	2.Molto inadeguata	3. Inadeguata	4. Adeguata	5. Molto adeguata	6.Totalmente adeguata	6.Non usufruito
a.disponibilità di parcheggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. segnaletica interna all'ospedale per raggiungere la struttura trasfusionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.raggiungibilità della struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Quanto tempo è trascorso tra l'orario del Suo appuntamento e l'effettiva chiamata?

1. meno di 15 minuti
2. tra 15-30 minuti
3. tra 30-60 minuti
4. più di 60 minuti (un'ora)

12) Come valuta tale tempo di attesa?

1. Molto lungo	2. Lungo	3. Abbastanza lungo	4. Abbastanza breve	5. Breve	6. Molto Breve
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMAZIONE

13) Le sono stati spiegati i rischi e i benefici correlati alla terapia a cui è stato sottoposto? 1. Sì

2. No

14) Al fine della sua comprensione, come valuta le informazioni che le sono state date da parte del medico?

1. Totalmente inadeguate	2. Molto inadeguate	3. Inadeguate	4. Adeguate	5. Molto adeguate	6. Totalmente adeguate	7. Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) Dopo aver ricevuto tale informazioni le è stato fatto firmare il “Consenso Informato”?

1. Sì

2. No

3. Non ricordo

**EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE
(visita/terapia)**

Valutazione degli ambienti

16) Come valuta la pulizia degli ambienti? (sale di attesa, ambulatori, ...)

1. Totalmente inadeguate	2. Molto inadeguate	3. Inadeguate	4. Adeguate	5. Molto adeguate	6. Totalmente adeguate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Come valuta la comodità degli ambienti? (sala d’attesa, ambulatori, ...)

1. Totalmente inadeguate	2. Molto inadeguate	3. Inadeguate	4. Adeguate	5. Molto adeguate	6. Totalmente adeguate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valutazione del Tempo

18) Come valuta il tempo dedicatole dal professionista che l'ha assistita?

1.Totalmente inadeguate	2. Molto inadeguate	3. Inadeguate	4. Adeguate	5. Molto adeguate	6.Totalmente adeguate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valutazione della privacy (riservatezza)

19) Come valuta il rispetto della sua riservatezza durante la visita /terapia?

1.Totalmente inadeguate	2. Molto inadeguate	3. Inadeguate	4. Adeguate	5. Molto adeguate	6.Totalmente adeguate	7. Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valutazione del personale

20) Come valuta la gentilezza e la cortesia del personale infermieristico?

1.Totalmente inadeguate	2. Molto inadeguate	3. Inadeguate	4. Adeguate	5. Molto adeguate	6.Totalmente adeguate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) Come valuta la gentilezza e la cortesia del personale medico?

1.Totalmente inadeguate	2. Molto inadeguate	3. Inadeguate	4. Adeguate	5. Molto adeguate	6.Totalmente adeguate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22) Nel complesso, sulla base della sua esperienza, come valuta, la qualità dei servizi che ha ricevuto?

1.Totalmente inadeguate	2. Molto inadeguate	3. Inadeguate	4. Adeguate	5. Molto adeguate	6.Totalmente adeguate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TICKET

23) La tipologia delle sue prestazioni ha richiesto il pagamento del ticket?1.

- Sì
2. No

Se ha risposto Sì risponda alla domanda 24

Se ha risposto No risponda alla sezione “Refertazione”

24) Come valuta la modalità di pagamento ticket tramite casse automatiche/pagamento online?

1. Molto lungo	2. Lungo	3. Abbastanza lungo	4. Abbastanza breve	5. Breve	6. Molto Breve
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REFERTAZIONE

25) Ha effettuato una visita presso il nostro centro MEC?

1. Sì
2. No

Se ha risposto Sì risponda alla domanda 26

Se ha risposto No risponda alla sezione “Considerazioni generali”

26) Se ha effettuato una visita presso il Centro MEC, dopo quanto tempo le è stato consegnato il referto della prestazione?1. entro 1 settimana

2. entro 2 settimane
3. entro 1 mese
4. oltre 1 mese

27) Come valuta il tempo d'attesa per la consegna del referto?

1. Molto lungo	2. Lungo	3. Abbastanza lungo	4. Abbastanza breve	5. Breve	6. Molto Breve
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSIDERAZIONI FINALI

28) Rispetto alle sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato: 1.

peggiore di come me lo aspettassi

2. come me lo aspettavo

3. migliore di come me lo aspettassi

SUGGERIMENTI O ALTRE SEGNALAZIONI PER MIGLIORARE I SERVIZI

CHI COMPILA IL QUESTIONARIO

29) Il questionario viene compilato da: 1. paziente

2. da un familiare o conoscente del paziente

3. dal paziente con l'aiuto di un familiare o di un conoscente

30) Nazionalità: 1. italiana

2. straniera (specificare _____)

31) Sesso: 1. Maschio

2. Femmina

32) Anno di nascita: |_|_|_|_|

33) Titolo di studio: 1. nessun titolo

2. licenza elementare

3. licenza media

4. diploma

5. laurea e/o postlaurea

6. altro (_____)

34) Professione

1. inoccupato 2. lavoratore autonomo 3. lavoratore dipendente 4. altro

(specificare _____)

Grazie per il tempo dedicato

Conclusioni

La rilevazione della qualità percepita dei servizi offerti ai cittadini da parte delle Aziende sanitarie è un compito previsto nella legislazione di riforma sanitaria (D.lgs.502/1992 e successive modifiche) che si è sempre più diffusa, in quanto la presenza del punto di vista del cittadino è considerata ormai centrale e parte costitutiva del bagaglio informativo di cui deve disporre l'Azienda sanitaria.

La soddisfazione degli utenti diventa quindi un criterio fondamentale per garantire la qualità delle prestazioni offerte e la sua rilevazione serve a verificare il rispetto degli standard, anche in riferimento a quanto dichiarato nelle Carte dei servizi aziendali.

Ciò che si è voluto fare in questo progetto di tesi è stato quello d'implementare uno strumento, il questionario, che vada ad indagare sulla qualità percepita dall'utente rappresentato dal paziente che accede ai servizi ambulatoriali delle strutture trasfusionali dell'AUSL Romagna. Abbiamo già evidenziato quanto sia complesso il processo trasfusionale, un percorso multiprofessionale e multidisciplinare, che vede nei suoi due attori principali il donatore e il paziente. In letteratura esistono diversi lavori che vanno ad indagare sulla soddisfazione del donatore di sangue, in quanto considerato bene prezioso senza il quale non potrebbe iniziare questo percorso. Ma al termine di ciò abbiamo un altro attore altrettanto importante che è il paziente, che proprio per la sua condizione clinica entra a far parte di questo percorso necessitando di queste terapie a volte anche per il corso della sua vita.

Lo scopo di questo questionario è proprio quello di indagare la soddisfazione del paziente durante l'erogazione della prestazione. Il lavoro ha visto la costruzione di un questionario, che ne rappresenta una prima bozza, il quale vuole andare ad indagare sulle diverse dimensioni: dati contesto, prenotazione, accesso, informazione, erogazione della prestazione, relazione con il personale e privacy e un giudizio personale.

Questo rappresenta un lavoro che all'inizio della sua implementazione è stato sottoposto ad un gruppo di pari che lo hanno analizzato e hanno proposto alcune modifiche al fine di valutarne la sua applicabilità.

Consapevoli del fatto che quanto prodotto è solo un piccolo tassello in questo processo di miglioramento avviato, quello che si prospetta per il futuro è quello di proseguire su questa strada sottoponendo il questionario ad una piccola popolazione di pazienti, ipoteticamente nel numero di venti, ponendo a loro, alla fine del questionario ulteriori domande per indagare se vi siano o meno le caratteristiche di comprensibilità dello stesso al fine d'implementare la versione finale.

Inoltre, considerato il fatto che da un punto di vista epidemiologico la popolazione che accede ai nostri servizi ha un'età media di 70 anni la prima stesura è stata cartacea, ma poiché riteniamo importante fornire una versione informatizzata, convertiremo il questionario in versione digitale, in quanto questa renderebbe più fruibile l'analisi dei dati raccolti e il tutto meno dispendioso in termini di risorse umane.

Bibliografia e Sitografia

1. G. Favretto (2007) “Organizzare la soddisfazione in sanità” Francoangeli/Sanità
2. G. Favretto (2003) “Il cliente nella sanità. I risultati di un percorso di ricerca” Francoangeli/Sanità
3. A. Coluccia, F. Ferretti, R. Cioffi “Cenni teorici sul concetto di qualità percepita in sanità” (2009) Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia-Supplemento B, Psicologia Vol. 31, N. 3: B31-B41
4. Customer Satisfaction nelle CCIAA nuovo modello di rilevazione (2019) UNIONCAMERE
5. Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulla rilevazione della qualità percepita dei cittadini (2004)
6. Giovanni Serpelloni “La valutazione della Customer satisfaction: modello teorico e rilevamento su pazienti e operatori del centro di medicina preventiva.”
7. <https://www.centronazionale sangue.it>
8. Progetto di riorganizzazione della funzione trasfusionale di AVR 2009/06/30
9. Piano Sangue e Plasma Regionale 2017-2019
10. Manuale qualità e accreditamento della U.O servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale Cesena-Forlì-Officina trasfusionale Azienda AUSL della Romagna.
11. Decreto Legislativo 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”.
12. Manuale Applicativo “GoodPracticeGuidelines” (GPGs) per i Servizi Trasfusionali, richieste per la conformità con la Direttiva Europea 2005/62/CE.

13. La qualità percepita in Emilia Romagna: strategia, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Dossier 127-2006 ISSN 1591-223X
14. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Dossier 88-2003 ISSN 1591-223X