



Agenzia Sanitaria Regionale



**LA QUALITA' DEL SERVIZIO DI
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA:
IL PUNTO DI VISTA DEGLI UTENTI**

Rapporto regionale

Febbraio 2005

Coordinamento della ricerca e stesura del report

Area Accreditamento (Responsabile: Renata Cinotti) Agenzia sanitaria Regionale

Emilia-Romagna:

Vittoria Sturlese

Barbara Calderone

Sara Capizzi

'Equipe di ricerca

Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria- Università degli Studi di Bologna:

Leonardo Altieri (responsabile)

Barbara Baccharini

Fabio Piccoli

Si ringraziano

Tutti i membri del CCRQ, dei CCM aziendali e i referenti aziendali che hanno collaborato e reso possibile l'indagine.

Maria Rolfini (Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari- Assessorato alla Sanità).

Elvira Cicognani (Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Bologna).

INDICE

INTRODUZIONE	4
1. GLI ASPETTI METODOLOGICI DELLA RICERCA	5
1.1. Le caratteristiche del servizio ADI in Emilia-Romagna	5
1.1.1. Caratteristiche principali dell'assistenza domiciliare integrata	6
1.1.2. Obiettivi dell'assistenza domiciliare integrata	7
1.1.3. Destinatari del servizio	7
1.1.4. Livelli di intensità	7
1.1.5. Il flusso informativo regionale sull'ADI	9
1.2. Il progetto "Qualità percepita ed assistenza domiciliare integrata: una ricerca in Emilia-Romagna"	11
1.2.1. Progetto	11
1.2.2. Obiettivi	12
1.2.3. Programmazione e fasi preliminari della ricerca	12
1.2.4. Fasi operative	14
1.2.5. Osservazioni metodologiche	15
1.3. Allegati alla parte metodologica	17
<i>Allegato A</i>	17
<i>Allegato B</i>	20
2. ANALISI DELLE INFORMAZIONI RACCOLTE	22
2.1. Ausl e utenza ADI	23
2.1.1. Ausl e tipo di assistenza	23
2.1.2. Gli assistiti del servizio ADI	26
2.2. Il percorso di attivazione dell'ADI	31
2.3. Il servizio che l'utente sta ricevendo	42
2.4. I risultati ottenuti	60

2.5. Il compilatore del questionario	67
3. CONCLUSIONI	74
3.1. Conclusioni sul servizio ADI	74
3.2. Rilevazioni metodologiche sul questionario	80
3.3. Allegati alla parte conclusiva	83
<i>Allegato A1 – Il questionario</i>	83

Introduzione

Nel presente rapporto sono illustrati i risultati complessivi di una ricerca sulla qualità del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) realizzata a livello regionale nell'anno 2004, su dati relativi al primo semestre 2003 (le elaborazioni specifiche effettuate per le singole Ausl sono invece riportate nei rispettivi report aziendali).

Il progetto è nato per iniziativa del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dalla parte del cittadino (CCRQ), ha avuto l'approvazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, ed è stato sviluppato per mezzo della collaborazione tra l'Agenzia Sanitaria Regionale, la Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria (Università degli Studi di Bologna) e 9 su 13¹ delle Aziende Usl della Regione Emilia-Romagna.

Il periodo in cui la ricerca è stata realizzata è compreso tra il luglio 2003 e il settembre 2004.

I dati sono stati raccolti mediante la somministrazione, a mezzo posta, di un questionario fatto recapitare agli utenti del servizio e ai loro familiari, del quale si sono registrati complessivamente 1345 ritorni (su un totale di 2160 di questionari inviati), costituenti i casi complessivi del campione esaminato.

Gli obiettivi dell'indagine miravano a far luce su due punti, in particolare:

- 1) principalmente rilevare la soddisfazione dei cittadini sui servizi socio-sanitari forniti tramite ADI, individuando eventuali punti critici sui quali costruire delle conseguenti azioni di miglioramento;
- 2) in secondo luogo sperimentare la validità dello strumento di rilevazione (questionario), frutto di precedenti elaborazioni, anche allo scopo di migliorarne ed integrarne la composizione.

¹ La ricerca è stata condotta precedentemente all'unificazione nell'Ausl di Bologna delle tre Aziende (Bo Città, Bo Sud, Bo Nord). La Ausl di Cesena non ha partecipato avendo concluso solo l'anno scorso una rilevazione sul medesimo target. Non hanno inoltre preso parte all'indagine le Ausl di ex-Bologna Sud, Ravenna e Reggio Emilia.

1. Gli aspetti metodologici della ricerca

Il presente capitolo si struttura essenzialmente in due parti.

Nella prima sono presentati, in breve, i caratteri precipi del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI), così come questo risulta identificato ed attuato dalle Ausl della Regione Emilia-Romagna. In particolare si vuole fornire una breve sintesi delle principali definizioni operative, riferimenti normativi e rilevazioni inerenti all'ADI per l'intera area regionale.

Nella seconda parte, invece, si entra nel merito specifico dell'indagine oggetto di questo rapporto. Vi risultano quindi illustrati, sia pure in maniera sintetica, i diversi passaggi che hanno contraddistinto l'intero percorso della ricerca, dalla fase di progettazione alla fase di raccolta delle informazioni, fino al momento dell'analisi effettiva del materiale raccolto.

Al termine del capitolo seguono, quindi, le relative appendici metodologiche.

1.1. Le caratteristiche del servizio ADI in Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna, con Delibera di Giunta regionale n.124 dell'8/02/1999, ha esplicitato i criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari, identificando un unico modello di assistenza domiciliare integrata basato su livelli di intensità delle cure, graduate in relazione al bisogno sanitario e socio-assistenziale del singolo paziente.

Questa nuova organizzazione è avvenuta nell'ambito di una ridefinizione del ruolo del Distretto e della costituzione del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP), struttura tecnico-organizzativa distrettuale che realizza l'integrazione di tutte le attività extra-ospedaliere, assicurando nel contempo la continuità delle cure.

L'ADI, derivante dalla nuova organizzazione, è divenuta un servizio presente in tutti i Distretti e si prospetta come una forma di assistenza alternativa al ricovero o all'istituzionalizzazione il cui utilizzo può evitare il ricorso alla degenza ordinaria per patologie trattabili domiciliariamente e può consentire di mantenere al proprio domicilio le persone non autosufficienti o a rischio di

non autosufficienza, favorendo l'eventuale recupero delle loro capacità residue di autonomia e di relazione.

Il nuovo approccio assistenziale propone un unico modello organizzativo per tutte le tipologie di pazienti assistibili a domicilio, basato sull'integrazione delle figure professionali coinvolte (MMG, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti di base, membri delle associazioni del Volontariato) e articolato su tre livelli di intensità delle cure attivate, in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente.

La sede organizzativa delle cure domiciliari, individuata nel Distretto, integra pertanto tutti i servizi coinvolti nell'erogazione dell'assistenza: l'équipe infermieristica domiciliare, i MMG nelle varie forme associative, il Servizio Assistenza Anziani, il Servizio di Assistenza Domiciliare di tipo sociale erogata dai Comuni.

E' presente a livello distrettuale un Centro Unico di riferimento per l'accesso alle cure domiciliari sanitarie dove l'attività infermieristica è erogata, generalmente, sette giorni la settimana.

1.1.1. Caratteristiche principali dell'assistenza domiciliare integrata

Le caratteristiche fondamentali dell'ADI sono:

- la valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente, sulla base di griglie valutative omogenee e standardizzate;
- la predisposizione di un piano personalizzato di assistenza;
- l'assistenza erogata da un'équipe multiprofessionale;
- l'organizzazione assistenziale e la realizzazione del piano personalizzato di assistenza, assicurati da un componente dell'équipe, quale responsabile del caso che, in stretta collaborazione con il responsabile terapeutico, ne coordina gli interventi e verifica la coerenza a quanto definito nelle diverse fasi del processo assistenziale.

Nell'ambito del piano personalizzato di assistenza il responsabile terapeutico è il medico di medicina generale, il quale tuttavia, in casi di particolare complessità clinico assistenziale, che richiedano specifici ed elevati livelli di competenza specialistica, può integrarsi con lo specialista di riferimento.

Il responsabile del caso è invece individuato fra i componenti dell'équipe assistenziale che nello specifico piano di cura svolge l'attività assistenziale prevalente.

Fondamentale inoltre è il ruolo dei familiari coinvolti, che svolgono un ruolo importante nella realizzazione del piano assistenziale, al fine di garantire al paziente la continuità assistenziale nelle 24 ore ed il necessario supporto allo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

1.1.2. Obiettivi dell'assistenza domiciliare integrata

Gli obiettivi prioritari che intende raggiungere l'assistenza domiciliare integrata si possono riassumere nei seguenti punti:

- assistere i pazienti con patologie trattabili a domicilio evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in altra struttura residenziale, assicurando comunque la continuità assistenziale;
- mantenere le persone non autosufficienti al proprio domicilio;
- favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali per migliorare la qualità di vita dei pazienti;
- supportare i familiari ed eventualmente trasmettere competenze per un'autonomia di intervento.

1.1.3. Destinatari del servizio

I destinatari a cui è rivolta principalmente sono le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, in particolare con:

- presenza di patologie in fase terminale;
- riacutizzazioni di patologie croniche;
- dimessi o dimissibili da strutture sanitarie o residenziali (dimissione protetta);
- bambini con patologie croniche e in particolari condizioni di disagio sociale;
- portatori di gravi disabilità.

1.1.4. Livelli di intensità

Il servizio ADI prevede 3 diverse tipologie d'intervento, denominate "livelli di intensità", a cui si collegano altrettante modalità operative.

L'ADI a bassa intensità (1° livello) le cui caratteristiche sono:

- bassa intensità sanitaria correlata con un'alta intensità e complessità di interventi socio-assistenziali;
- lungo periodo di presa in carico del paziente;
- condizioni cliniche del malato e piano assistenziale stabili;
- intervento del Medico di Medicina Generale (MMG) di tipo periodico con accesso al domicilio del paziente mensile o quindicinale;
- assistenza infermieristica con frequenza settimanale o quindicinale;
- responsabilità del caso di norma detenuta dall'assistente sociale.

Le caratteristiche dell'ADI a media intensità (2° livello) sono invece:

- media intensità assistenziale;
- periodi medi-lunghi di presa in carico del paziente;
- presenza del medico a domicilio uno o più volte a settimana;
- assistenza infermieristica per uno o due volte a settimane;
- consulenza specialistica frequentemente come parte integrante del piano terapeutico;
- responsabile del caso di norma individuato nell'infermiere.

Le principali tipologie di pazienti che possono beneficiare di questo livello di intensità e complessità assistenziale sono: pazienti affetti da polipatologie, generalmente anziani, che necessitano di periodi di assistenza domiciliare integrata nelle fasi di riacutizzazione, per evitare ricoveri ripetuti, e malati per i quali sia possibile una dimissione protetta dall'ospedale, assicurando un'adeguata assistenza al proprio domicilio (pazienti affetti da patologie polmonari cronico-ostruttive, malattie cerebrovascolari, malattie tumorali, gravi fratture...).

L'ADI ad alta intensità sanitaria (3° livello) si caratterizza per:

- intervento coordinato ed intensivo;
- presenza a domicilio del medico di medicina generale, dell'infermiere e di altre figure professionali più volte a settimana;
- consulenza specialistica come componente essenziale dell'intervento;
- periodi medio-brevi di presa in carico;
- pronta disponibilità diurna medica e infermieristica;
- supporti psicosociali per paziente e famiglia.

I principali beneficiari sono i pazienti affetti da patologie evolutive irreversibili nella fase terminale della vita.

In conclusione è importante rilevare che, al termine di un ciclo di assistenza, o anche durante lo stesso (dipende dallo stato di salute dell'utente), il mutamento delle condizioni cliniche del paziente può comportare il passaggio ad un livello diverso di assistenza, previa comunicazione al Responsabile Organizzativo del Distretto.

1.1.5. Il flusso informativo regionale sull'ADI

Con l'applicazione della circolare 9/2002², le Aziende USL hanno adempiuto al debito informativo verso la Regione relativamente al flusso informativo sull'assistenza domiciliare.

I dati inviati e le relative elaborazioni hanno così consentito, a livello regionale, di utilizzare criteri omogenei per conoscere, descrivere e valutare l'assistenza fornita a domicilio.

Le informazioni raccolte con il flusso in oggetto sono riconducibili a due diverse dimensioni:

- le caratteristiche del paziente (dati anagrafici e condizione patologica o problema prevalente ai fini dell'assistenza);
- le caratteristiche dell'assistenza erogata (origine e motivazione della richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare, tipologia di assistenza livello di intensità delle cure, operatori coinvolti nella realizzazione del piano di cura con i relativi accessi, motivazione della cessazione dell'assistenza).

La rilevazione delle tre date fondamentali - segnalazione, inizio e conclusione dell'episodio di cura - ha permesso la valutazione della durata di ciascun episodio e del tempo di attesa per la presa in carico.

L'oggetto della rilevazione è ciascun episodio di cura di assistenza domiciliare resa al singolo paziente (Tipologia di Assistenza Domiciliare – TAD). Le tipologie di assistenza domiciliare, pur mantenendo la fondamentale caratteristica di assistenza erogata da un'équipe multiprofessionale, si definiscono in base alla figura professionale che prevalentemente assiste il paziente (responsabile dell'assistenza) o, nel caso del MMG, in relazione all'apertura di contratti amministrativi.

Le tipologie di TAD previste sono 5:

- Medico di Medicina Generale: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) corrispondenti ai contratti amministrativi dei medici di medicina generale "ADI, ADP, NODO".

Se non c'è nessun contratto con il Medico di Medicina Generale:

- Medico Specialista: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) che hanno per responsabile terapeutico il medico specialista.

² Si veda in proposito "Il rapporto flusso informativo Repetto-SIADI-anno 2002", Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla Sanità, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

- Assistenza Infermieristica: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) dove l'infermiere è il responsabile assistenziale.
- Assistenza Volontariato: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) che vedono la responsabilità terapeutica dei medici dell'associazione di volontariato.
- Assistenza Sociale: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) di assistenza domiciliare dove è prevalente l'assistenza tutelare.

L'assistenza domiciliare erogata nel 2002³ ha coinvolto 65.663 persone che hanno ricevuto, al proprio domicilio (escludendo le residenze per anziani), 74.485 episodi di cura (TAD) con un totale di 1.854.419 accessi, con un incremento rispetto al 2001 per quanto riguarda le TAD di oltre il 15% e per quanto riguarda gli accessi l'aumento è stato di oltre il 43%.

Come verrà descritto nel paragrafo seguente 1.2, la presente ricerca sulla qualità dal lato degli utenti ha preso in considerazione esclusivamente un campione di pazienti che ricevono due sole tipologie di TAD: quella del Medico di Medicina Generale e quella dell'Assistenza Infermieristica.

³ Si veda in proposito "Il rapporto flusso informativo Repetto-SIADI-anno 2002", Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla Sanità, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

1.2. Il progetto “Qualità percepita ed assistenza domiciliare integrata: una ricerca in Emilia-Romagna”

1.2.1. Progetto

Il Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ), avendo promosso e realizzato negli anni scorsi alcune indagini per verificare alcuni elementi sull'applicazione sul territorio della normativa regionale in tema di Assistenza Domiciliare Integrata, ha ritenuto opportuno svolgere, nel periodo 2003-2004, una ulteriore ricerca per rilevare il livello di soddisfazione dei cittadini assistiti tramite ADI.

A tal fine il committente della ricerca, ovvero il CCRQ, ha richiesto l'approvazione dell'iniziativa da parte della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e la collaborazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale. Quest'ultima, a sua volta, si è avvalsa del supporto metodologico fornito dalla Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria (Università degli Studi di Bologna) e del supporto tecnico-operativo dei referenti designati dalle Ausl partecipanti al progetto e dei rispettivi CCM aziendali.

Occorre inoltre notare che il questionario impiegato per la rilevazione dei dati presenta una storia metodologica complessa, difatti è stato realizzato ed affinato sulla base di precedenti esperienze condotte in materia.

Nello specifico, una prima elaborazione dello stesso si è avuta conseguentemente al progetto “I cittadini a fronte dei servizi sanitari: la segmentazione della domanda, le aspettative, l'esperienza, la soddisfazione”, realizzato da Eurisko nelle Ausl di Modena e Ravenna tra il dicembre 1999 e il gennaio 2001. Il progetto consisteva in una ricerca qualitativa, condotta tramite interviste agli utenti, ai loro familiari e agli operatori, al termine del quale è stata creata una sorta di “mappa” dei fattori di qualità per l'ADI.

Proprio su questa ricerca, l'Azienda Usl di Modena aveva costruito la prima versione del questionario, che è stata in seguito adattata e somministrata alle Ausl di Rimini e Cesena nel 2002, nell'ambito del progetto ministeriale “Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali”.

Infine, sulla base delle osservazioni maturate dall'ultima esperienza, è stata predisposta la versione del questionario impiegata per l'indagine in oggetto.

1.2.2. Obiettivi

La ricerca ha l'obiettivo principale di rilevare la soddisfazione dei cittadini nei confronti dei servizi socio-sanitari forniti tramite ADI, individuando eventuali punti critici sui quali sia possibile costruire azioni di miglioramento.

In secondo luogo, si vuole sperimentare l'efficacia del questionario nella sua ultima versione, evidenziandone, eventualmente, ulteriori potenzialità e debolezze, allo scopo di affinarne il più possibile la struttura, in prospettiva della costituzione di un valido e standardizzato strumento di rilevazione adottabile da ogni Ausl.

1.2.3. Programmazione e fasi preliminari della ricerca

Le linee direttrici essenziali dell'indagine sono state elaborate in seguito ad alcune riunioni del CCRQ, unitamente alla consulenza dei referenti dell'Agenzia Sanitaria Regionale. Da queste è derivata la scelta metodologica di come strutturare il campione delle diverse Ausl e, conseguentemente, in quanto sommatoria complessiva, quello regionale. Nello specifico si è optato per la costituzione di un campione aziendale ragionato formato da 150 utenti, suddivisi in 3 gruppi di 50 persone ciascuno. Ogni gruppo doveva comprendere un insieme di persone che condividessero lo stesso livello di cure sanitarie (livello di intensità), ed era a sua volta stratificato per quattro fasce d'età⁴. Per la selezione effettiva dei nominativi si è quindi scelto di procedere tramite un'estrazione di tipo casuale.

Durante i successivi incontri della fase di progettazione, i rappresentanti dell'Agenzia Sanitaria Regionale, i rappresentanti aziendali e i membri della Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria, hanno concordato i criteri per la selezione del campione di utenti da contattare e per ragioni di fattibilità hanno ritenuto opportuno operare l'estrazione del campione a partire dalla popolazione degli utenti che riceve la "assistenza infermieristica" e l'assistenza del " Medico di Medicina Generale". Sono state pertanto escluse gli altri tre tipi di TAD⁵.

Infine, sempre in sede di riunione collegiale, è stato inoltre deciso di somministrare il questionario agli utenti, compresi gli eventuali deceduti⁶ (per i quali si auspicava rispondessero i loro familiari), che risultassero aver ricevuto delle prestazioni di assistenza domiciliare nel periodo di tempo che andava dall'1

⁴ I fascia: da 18 a 64 anni, II fascia: da 65 a 74; III fascia: da 75 a 84; IV fascia: 85 anni e oltre.

⁵ Si veda in proposito anche il paragrafo 1.2.5.

⁶ L'eventualità dei deceduti è stata presa in considerazione esclusivamente per gli utenti al terzo livello di intensità.

gennaio al 30 giugno 2003, indipendentemente dal fatto che questi avessero concluso o meno le cure.

Per quanto concerne, invece, lo strumento di rilevazione dei dati – il questionario – occorre in primo luogo precisare che questo è stato oggetto di un riesame sia da parte dei referenti della Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria sia dai referenti dell’Agenzia Sanitaria e delle singole Ausl. Il controllo ed i cambiamenti posti in essere hanno avuto principalmente la finalità di aumentarne la comprensibilità e la chiarezza dei quesiti, in quanto si riteneva che le precedenti versioni fossero carenti sotto questi aspetti. Si è inoltre stabilito, in via collegiale, di adottarne un unico modello, a prescindere dal fatto che l’eventuale compilatore fosse stato direttamente l’assistito oppure un suo familiare⁷, onde evitare possibili rischi di fraintendimento o incomprensioni derivanti dal ricevere due fascicoli distinti.

Nello specifico, il questionario⁸ è stato quindi strutturato in cinque parti, ciascuna raggruppante un particolare insieme di domande⁹, che si possono riassumere in:

- I) “dati statistici dell’assistito”, finalizzata alla rilevazione delle caratteristiche socio-anagrafiche degli assistiti;
- II) “prima di avere il servizio”, mirante principalmente a raccogliere informazioni sul percorso di accesso all’ADI (soggetti informatori, tempo di attesa, ecc.);
- III) “il servizio ricevuto (o che sta ricevendo)”, focalizzata per realizzare una sorta di fotografia del tipo e della qualità delle prestazioni erogate, nonché della professionalità degli operatori intervenuti;
- IV) “i risultati”, avente per oggetto la rilevazione del livello di gradimento complessivo del servizio prestato, assieme all’espressione di eventuali proposte di miglioramento esposte dagli intervistati;
- V) “dati statistici del compilatore”, finalizzata specificatamente a reperire dati su eventuali persone, diverse dall’assistito, che avessero operato, anche solo parzialmente, la compilazione delle risposte¹⁰.

Per quanto riguarda la tecnica di somministrazione del questionario, sin dalle direttive iniziali dell’indagine era stato previsto un suo invio a mezzo posta, con una lettera di presentazione indirizzata direttamente dalle Aziende Ausl¹¹

⁷ Eventualità, tra l’altro, assolutamente imprevedibile a priori.

⁸ Si veda l’allegato A1 della parte conclusiva.

⁹ Le domande complessive erano 55.

¹⁰ Questa parte, in origine assente, è stata aggiunta in seguito alla decisione d’adottare un modello unico del questionario.

¹¹ Le singole Ausl avevano la facoltà di scegliere come elaborarne il testo.

all'assistito ADI e/o ai suoi familiari¹². A seguito di ciò era stato stabilito che le rispettive Ausl provvedessero a far effettuare una telefonata di richiamo a circa 10 giorni dalla data di invio dello stesso, al fine d'incrementarne i futuri ritorni. Le chiamate dovevano quindi essere materialmente operate dai membri dei vari CCM aziendali, che si sarebbero presentati all'utenza proprio in qualità di delegati dell'Azienda.

Infine occorre notare che, in previsione di una quota rilevante (di solito largamente presente¹³) di mancati ritorni, era stato convenuto l'invio di 240 copie (per Azienda) del questionario ad altrettanti assistiti, col preciso obiettivo di riuscire a conseguire la raccolta delle 150 unità idealmente previste.

1.2.4. Fasi operative

Il calcolo della ripartizione delle quote del campione aziendale è stato effettuato¹⁴ sulla base della popolazione censita dalle rispettive Ausl¹⁵, approntando un sistema che tenesse conto della diversa incidenza delle quattro fasce d'età dell'utenza sulla totalità della stessa. Vale a dire che, sulla base del singolo sotto-campione (il gruppo di 50 persone formato da coloro che ricevevano prestazioni ADI del medesimo livello di intensità) di volta in volta considerato, si è calcolata la quota di casi proporzionalmente spettante per ciascuna fascia, nonché stabilito il conseguente criterio di estrazione casuale¹⁶.

Il suddetto calcolo è stato quindi a sua volta comunicato, tramite i rappresentanti dell'Agenzia Sanitaria Regionale, ai delegati delle varie Aziende Sanitarie, i quali hanno provveduto sia a far operare l'effettiva determinazione del campione che, successivamente, la conseguente distribuzione del questionario (in busta chiusa, comprensiva di un'altra busta pre-affrancata per il re-inoltro) ed effettuazione dei previsti richiami telefonici (come da progetto, per mezzo dei CCM).

Anche la raccolta dei questionari è stata realizzata dalle Ausl, unitamente al relativo inserimento dei dati (ancora a carico del personale dei rispettivi CCM) su uno strumento (foglio excel) precedentemente predisposto per la loro registrazione¹⁷ e destinato ad essere riconsegnato all'Agenzia Sanitaria Regionale per l'elaborazione, di competenza dei membri della Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria.

¹² Questa procedura, dopo un attento esame, è stata valutata come la migliore tra quelle potenzialmente adottabili, in considerazione dei tempi, dei mezzi e delle risorse a disposizione, nonché in prospettiva del più che rilevante numero d'intervistati di cui ci si prefiggeva raccogliere le opinioni.

¹³ Si veda, in merito, la vasta letteratura scientifica sull'argomento.

¹⁴ Dai membri della Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria.

¹⁵ Allegato A della presente parte metodologica.

¹⁶ Per un esempio, si veda l'allegato B della presente parte metodologica.

¹⁷ Il foglio excel è stato realizzato dai membri della Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria.

1.2.5. Osservazioni metodologiche

Il periodo nel quale precipuamente la ricerca si è svolta è andato dal luglio 2003 al settembre 2004.

Le Ausl che hanno partecipato all'indagine sono state nove, sulle tredici allora presenti¹⁸ nella Regione Emilia-Romagna¹⁹; vale a dire quelle di: Bologna città, Bologna nord, Forlì, Ferrara, Imola, Modena, Parma, Piacenza e Rimini.

Le Aziende Sanitarie di Piacenza e Ferrara hanno apportato alcune lievi aggiunte al questionario distribuito, consistenti in ulteriori domande di interesse aziendale²⁰. L'Ausl di Piacenza ha inoltre provveduto ad adottare un metodo di somministrazione dello stesso diverso da quello stabilito per la ricerca, ovvero ha predisposto l'affiancamento degli intervistati e il ritiro dei modelli da parte del personale afferente al proprio CCM.

Per quanto concerne la concreta raccolta dei dati, occorre notare che si sono effettivamente registrate, per la maggior parte delle Aziende Sanitarie partecipanti all'indagine, alcune delle difficoltà ipotizzate²¹ per il ritorno dei questionari. È perciò risultato impossibile raccogliere esattamente, per ciascuna Ausl, i 150 questionari suddivisi nei 3 livelli di intensità. Tuttavia, il leggero spostamento registratosi rispetto allo standard previsto non appare tale da condizionare la piena validità delle informazioni registrate e dei risultati ottenuti²². Ciò vale, a maggior ragione, se si tiene presente l'impronta generale, indicativa e descrittiva, che caratterizza il rapporto in oggetto, nonché il grandissimo numero di questionari presi in esame (1345) per redigerlo, tale da apparire adeguatamente rappresentativo dell'utenza ADI su cui è stata svolta l'indagine.

Evidenziamo, infine, i dati sulla modalità temporale dell'assistenza fornita inerenti ad una variabile²³ non considerata come discriminante in sede di campionamento. In merito si sono quindi registrati 612 casi di assistenza a "tempo determinato", 468 a tempo indeterminato e 265 di risposte mancanti (Tab I).

¹⁸ Al momento d'avvio della ricerca l'unificazione delle 3 Ausl della città di Bologna non era ancora operativa. Di conseguenza, giacché i dati relativi agli utenti delle Aziende Sanitarie di Bologna città e Bologna nord di fatto sono pervenuti da due enti distinti, si è scelto di trattare gli stessi separatamente.

¹⁹ Il progetto mirava a monitorare l'intero universo aziendale della Regione, tuttavia, per diversi motivi, le Ausl di Bologna Sud, Ravenna, Reggio Emilia e Cesena non hanno aderito all'indagine.

²⁰ La Ausl di Piacenza ha aggiunto 3 domande, mentre 6 la Ausl di Ferrara.

²¹ Si veda il paragrafo 1.2.3.

²² In realtà, per il tipo di somministrazione adottato per la ricerca i ritorni dei questionari che si sono avuti sono da considerarsi, rispetto alla media dei casi analoghi, significativamente elevati.

²³ La cui rilevazione era stata richiesta dalla stesse Ausl. Nello specifico, la domanda corrispondente del questionario era la n. 4, facente parte dei quesiti già pre-compilati dall'Azienda Sanitaria.

Tab. I – Durata dell’assistenza ADI

Durata	Frequency	%
a tempo determinato	612	56,7
a tempo indeterminato	468	43,3
Total	1080	100,0

265 missing cases²⁴.

²⁴ Anche l'elevato numero dei casi mancanti relativi a questa variabile (che, nel questionario, doveva essere pre-compilata dalle stesse Ausl) rappresenta un dato imprevisto, e anomalo.

1.3. Allegati alla parte metodologica

Allegato A

Basi per il calcolo del campione delle Ausl partecipanti all'indagine per il periodo 01/01/2003 – 30/06/2004.

Ausl Bologna città

INTENSITA'	Da 18 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a 84 anni	85 anni e oltre	TOTALE
Alta Intensità	10	29	42	20	101
Media Intensità	16	41	128	151	336
Bassa Intensità	112	208	780	955	2055
TOTALE	138	278	950	1126	2492

Ausl Bologna nord

INTENSITA'	Da 18 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a 84 anni	85 anni e oltre	TOTALE
Alta Intensità	24	27	43	34	128
Media Intensità	44	63	143	128	378
Bassa Intensità	106	181	476	386	1149
TOTALE	174	271	662	548	1655

Ausl Ferrara

INTENSITA'	Da 18 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a 84 anni	85 anni e oltre	TOTALE
Alta Intensità	50	94	124	54	322
Media Intensità	42	60	153	111	366
Bassa Intensità	66	128	269	244	707
TOTALE	158	282	546	409	1395

Ausl Forlì

INTENSITA'	Da 18 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a 84 anni	85 anni e oltre	TOTALE
Alta Intensità	46	56	73	50	225
Media Intensità	18	38	97	154	307
Bassa Intensità	20	20	78	145	263
TOTALE	84	114	248	349	795

Ausl Imola

INTENSITA'	Da 18 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a 84 anni	85 anni e oltre	TOTALE
Alta Intensità	18	18	25	32	93
Media Intensità	46	58	108	179	391
Bassa Intensità	18	49	212	122	401
TOTALE	82	125	345	333	885

Ausl Modena

INTENSITA'	Da 18 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a 84 anni	85 anni e oltre	TOTALE
Alta Intensità	171	224	320	196	911
Media Intensità	51	97	271	276	695
Bassa Intensità	232	388	1321	1431	3372
TOTALE	454	709	1912	1903	4978

Ausl Parma

INTENSITA'	Da 18 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a 84 anni	85 anni e oltre	TOTALE
Alta Intensità	63	102	125	94	384
Media Intensità	26	45	109	109	289
Bassa Intensità	242	523	1268	1199	3232
TOTALE	331	670	1502	1402	3905

Ausl Piacenza

INTENSITA'	Da 18 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a 84 anni	85 anni e oltre	TOTALE
Alta Intensità	34	41	98	110	283
Media Intensità	60	100	231	249	640
Bassa Intensità	43	81	173	160	457
TOTALE	137	222	502	519	1380

Ausl Rimini

INTENSITA'	Da 18 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a 84 anni	85 anni e oltre	TOTALE
Alta Intensità	46	47	60	26	179
Media Intensità	25	53	133	161	372
Bassa Intensità	74	145	387	418	1024
TOTALE	145	245	580	605	1575

Allegato B

Esempio sintetico di campionamento: Ausl di Bologna città

Ausl Bologna città

INTENSITA'	Da 18 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a 84 anni	85 anni e oltre	TOTALE
Alta Intensità	10	29	42	20	101
Media Intensità	16	41	128	151	336
Bassa Intensità	112	208	780	955	2055
TOTALE	138	278	950	1126	2492

ALTA INTENSITÀ

$101 : 10 = 80 : x$ $x = 7,92$
(4 nomi ogni 5 nella lista) da 18 a 64 anni

$x = 8$ QUESTIONARI

$101 : 29 = 80 : x$ $x = 22,97$
(4 nomi ogni 5 nella lista) da 65 a 74 anni

$x = 23$ QUESTIONARI

$101 : 42 = 80 : x$ $x = 33,26$
(4 nomi ogni 5 nella lista) da 75 a 84 anni

$x = 33$ QUESTIONARI

$101 : 20 = 80 : x$ $x = 15,84$
(4 nomi ogni 5 nella lista) oltre 85 anni

$x = 16$ QUESTIONARI

80 QUESTIONARI TOTALI

MEDIA INTENSITÀ

$336 : 16 = 80 : x$ $x = 3,81$
(1 nome ogni 4 nella lista) da 18 a 64 anni

$x = 4$ QUESTIONARI

$336 : 41 = 80 : x$ $x = 9,76$
(1 nome ogni 4 nella lista) da 65 a 74 anni

$x = 10$ QUESTIONARI

$336 : 128 = 80 : x$ $x = 30,48$
(1 nome ogni 4 nella lista) da 75 a 84 anni

$x = 30$ QUESTIONARI

$336 : 151 = 80 : x$ $x = 35,92$
(1 nome ogni 4 nella lista) oltre 85 anni

$x = 36$ QUESTIONARI

80 QUESTIONARI TOTALI

BASSA INTENSITÀ

2055 : 112 = 80 : x x = 4,36 x = 5 QUESTIONARI
(1 nome ogni 22 nella lista) da 18 a 64 anni

2055 : 208 = 80 : x x = 8,09 x = 8 QUESTIONARI
(1 nome ogni 26 nella lista) da 65 a 74 anni

2055 : 780 = 80 : x x = 30,36 x = 30 QUESTIONARI
(1 nome ogni 26 nella lista) da 75 a 84 anni

2055 : 955 = 80 : x x = 37,17 x = 37 QUESTIONARI
(1 nome ogni 26 nella lista) oltre 85 anni

80 QUESTIONARI TOTALI

Si prevede la spedizione di 80 questionari per livello di intensità, con lo scopo di raggiungere una raccolta effettiva di almeno 50 questionari. Si calcola, infatti, un dato numero di questionari che non verranno restituiti o compilati.

L'estrazione dei nominativi delle persone a cui mandare il questionario è casuale. In relazione a ciò non è rilevante il fatto che le liste degli utenti ADI siano organizzate in ordine alfabetico.

Per quanto riguarda materialmente l'operazione di selezione dei nominativi, portiamo di seguito alcuni esempi:

Media Intensità

Fascia dai 18 ai 64 anni: ogni 4 nomi dell'elenco a disposizione, si prende il primo di ciascun gruppo in cui lo suddividiamo. Per esempio il primo, il quinto, il nono e il tredicesimo nome.

Bassa intensità

Fascia dai 18 ai 64 anni: ogni 22 nomi dell'elenco a disposizione, si prende il primo di ciascun gruppo in cui lo suddividiamo. Ovvero il primo, il ventitreesimo, il quarantacinquesimo, e così via.

PARTE II

2. Analisi delle informazioni raccolte

In questo capitolo si prenderanno approfonditamente in esame le informazioni raccolte dalle diverse Aziende Usl. L'analisi descrittiva, dunque, sarà strutturata in cinque paragrafi, ognuno dei quali corrispondente, di norma, ad una delle parti in cui è stato suddiviso il questionario.

Nello specifico, il primo paragrafo²⁵ ("Ausl e utenza ADI") avrà per oggetto l'esposizione dei dati principali relativi alle Ausl partecipanti all'indagine, unitamente alle caratteristiche dell'assistenza da queste fornite ed alla rilevazione degli attributi socio-anagrafici dei rispettivi utenti.

Il secondo paragrafo²⁶ ("Il percorso di attivazione dell'ADI") analizzerà le informazioni registrate sullo svolgimento delle procedure iniziali del servizio (dall'attivazione al primo contatto) e i giudizi degli utenti su aspetti legati a questa fase (accessibilità, tempi di attesa, informazioni....

Il terzo²⁷ ("Il servizio che l'utente sta ricevendo") studierà principalmente le valutazioni espresse dagli intervistati in merito alla qualità degli interventi, con peculiare riguardo al tipo e all'efficacia, nonché al rapporto instauratosi tra operatori ed utenti (gentilezza, rispetto della privacy, informazioni sullo stato di salute...).

Nel quarto paragrafo²⁸ ("I risultati ottenuti") si cercherà di focalizzare l'attenzione soprattutto sugli esiti derivanti dalle prestazioni dei professionisti, congiuntamente al giudizio complessivo sulla validità del servizio e gli eventuali suggerimenti per migliorarlo dati dagli stessi intervistati.

Infine, il quinto paragrafo²⁹ ("il compilatore del questionario") prenderà in esame le caratteristiche socio-anagrafiche delle persone, diverse dall'assistito, che hanno contribuito, in parte o interamente, alla compilazione del questionario.

Nelle parti di analisi che riguardano le singole AUSL, esse vengono presentate solo con i numeri in modo anonimo, questo perché i confronti che vengono qui presentati sono effettuati in un'ottica comparativa senza alcuno scopo di giudizio di valore. Per evitare quindi utilizzi diversi e interpretazioni strumentali dei risultati i nomi delle diverse AUSL non vengono evidenziati. Ogni

²⁵ Paragrafi 2.1, 2.1.1. e 2.1.2.

²⁶ Paragrafo 2.2.

²⁷ Paragrafo 2.3.

²⁸ Paragrafo 2.4.

²⁹ Paragrafo 2.5.

singola azienda, attraverso il proprio report aziendale, tuttavia potrà facilmente riconoscere i propri valori e contrarli con quelli della altre realtà.

2.1. Ausl e utenza ADI

2.1.1. Ausl e tipo di assistenza

La somministrazione e la raccolta dei questionari effettuata dalle Ausl partecipanti all'indagine (Tab. 1) ha permesso di poter esaminare un notevole numero di casi (1345).

Tab. 1 – Ausl³⁰

Ausl	Frequency ³¹
Piacenza	148
Parma	150
Modena	173
Forli	177
Rimini	115
Imola	150
Bologna nord	137
Bologna città	133
Ferrara	162
Total	1345

Nello specifico, ciascuna Azienda Sanitaria Locale ha provveduto a distribuire i questionari nella totalità del territorio di propria competenza³², ripartendoli nei vari Distretti (Tab. 2) in cui risiedevano gli utenti ADI selezionati in quanto facenti parte del campione³³.

³⁰ Nota sui colori: le tabelle del presente rapporto possono avere tre diversi colori di riempimento, in riferimento all'utilizzo che le Ausl partecipanti all'indagine possono farne per la lettura dei propri report aziendali. In particolare, il colore verde indica le rappresentazioni (o parti di esse) che non devono essere confrontate con le informazioni contenute nei singoli rapporti, in quanto, generalmente, già riportano i dati delle diverse Aziende Sanitarie; il colore giallo indica solitamente le frequenze assolute dei casi di volta in volta considerati, il cui impiego come termine di paragone risulta essere relativo (in quanto indiretto); le parti colorate di grigio, invece, contrassegnano i valori che devono essere propriamente confrontati con quelli contenuti negli specifici rapporti aziendali.

³¹ "Frequency" indica il numero di casi relativi a una determinata modalità di variabile.

³² Ad eccezione della Ausl di Piacenza, che ha operato sul solo Distretto urbano. Le Ausl di Imola, Forli e Bologna città sono a distretto unico.

³³ Si veda il capitolo precedente.

Tab. 2 – Distretto

Distretto	Frequency
Urbano (Pc)	148
Parma	54
Fidenza (Pr)	36
Valli Taro e Ceno (Pr)	38
Sud-Est (Pr)	22
Carpi (Mo)	27
Mirandola (Mo)	24
Modena	49
Sassuolo (Mo)	29
Pavullo (Mo)	11
Vignola (Mo)	13
Castelfranco (Mo)	20
Forlì	177
Area di Rimini	91
Area di Riccione (Rn)	24
Imola	150
Pianura Est (Bo nord)	99
Pianura Ovest (Bo nord)	38
Bologna Est-Ovest	133
Copparo (Fe)	26
Codigoro (Fe)	22
Portomaggiore (Fe)	31
Ferrara	54
Cento (Fe)	29
Total	1345

Per quanto riguarda la variabile “livello di assistenza” (avente come modalità “alta, media o bassa intensità”), si è registrato un leggero scostamento tra la quota dei casi raccolti e quella che indicativamente ci si auspicava poter raggiungere (Tab. 3, Fig. I e Tab. 4).

Tab. 3 – Livello di assistenza

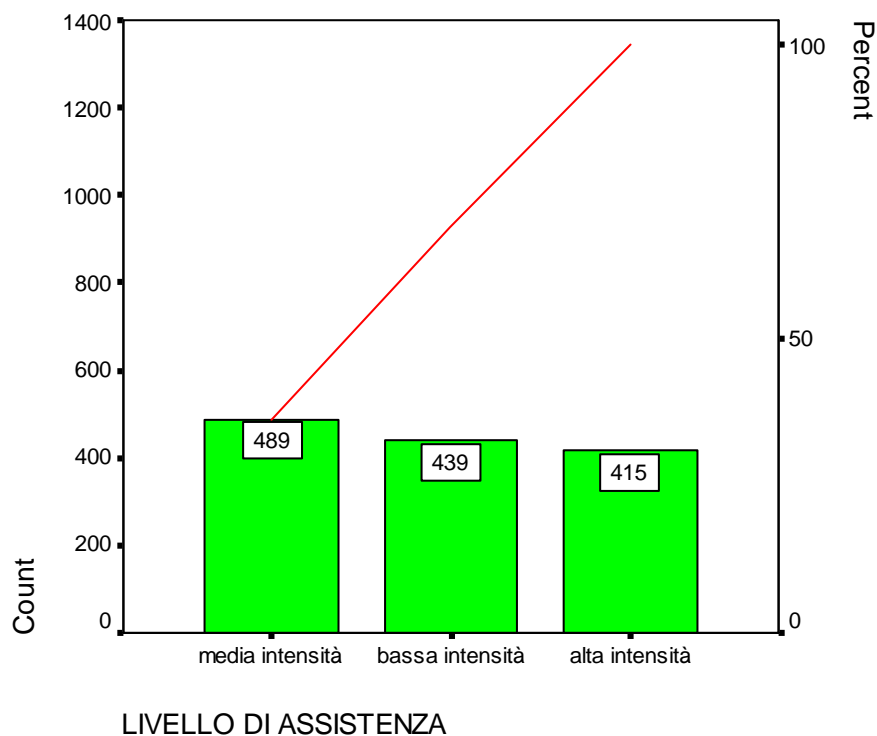
Intensità	Frequency	%
bassa intensità	439	32,7
media intensità	489	36,4
alta intensità	415	30,9
Total	1343	100,0

2 missing cases³⁴.

³⁴ Alla voce “missing cases” corrispondono i valori mancanti al momento dell'immissione.

Come ipotizzato, il numero dei questionari relativi a pazienti che usufruiscono di un servizio classificato ad "alta intensità" (415 casi) è inferiore rispetto a quanto era stato originariamente preventivato (450 casi).

Fig. I³⁵ – Livello di assistenza



Occorre inoltre notare che anche il numero di casi relativi a utenti che ricevono un servizio contrassegnato come a "bassa intensità" è leggermente sottorappresentato (439 effettivi); sebbene per questa modalità la forbice di variazione verificatasi è meno ampia rispetto alla precedente.

Di conseguenza, i casi (489 contro 450) relativi al servizio ADI identificato come a "media intensità" risultano leggermente maggiori in confronto a quanto previsto.

³⁵ Per consentirne una più facile leggibilità, i valori espressi in tutti i grafici del presente rapporto fanno riferimento ai soli casi validi, senza considerare i mancanti (missing).

Tab. 4 – Ausl e livello di assistenza

Ausl	Assistenza			Total
	bassa intensità	media intensità	alta intensità	
Piacenza	55	60	33	148
Parma	48	55	47	150
Modena	57	63	52	172
Ferrara	49	54	58	161
Forli	58	63	56	177
Rimini	44	44	27	115
Imola	50	50	50	150
Bologna n.	41	52	44	137
Bologna c.	37	48	48	133
Total	439	489	415	1343

2 missing cases.

Quindi, sulla base di quel che è stato appena evidenziato, appare necessario precisare che, se la possibile discrepanza tra i valori-obiettivo e valori effettivamente raggiunti in relazione alla raccolta dei questionari era stata ipotizzata per quanto concerne i casi di assistiti ad “alta intensità”, non era stato fatto altrettanto per quelli definiti a “bassa intensità”. Ora, pur considerando che per questi ultimi la differenza tra valori-obiettivo e dati materialmente raccolti è minima (11 casi), la stessa si dimostra ad ogni modo degna di nota.

2.1.2. Gli assistiti del servizio ADI

Questa parte del rapporto è dedicata principalmente alla descrizione dell’utenza del servizio ADI, sulla base delle informazioni anagrafiche e personali raccolte tramite le risposte della prima parte del questionario³⁶.

Innanzitutto, in merito alla variabile sesso (domanda n. 5) si può registrare (Tab. 5), tra le persone che costituiscono il campione esaminato, una predominanza della componente femminile rispetto a quella maschile.

Tab. 5 – Sesso

Sesso	Frequency	%
maschio	532	40,5
femmina	780	59,5
Total	1312	100,0

33 missing cases.

³⁶ Vedi appendice A1 nella parte conclusiva.

Questo dato può essere direttamente ricollegato, per lo meno in parte, alla maggiore speranza di vita che godono le donne rispetto agli uomini; anche alla luce del fatto che, in genere, l'utenza ADI aumenta col progressivo aumentare dell'età.

Tale legame risulta facilmente visibile dalla tavola di contingenza (Tab. 5.1) sottostante, che incrocia le variabili appena menzionate. Osservandola, si può ben notare come gli utenti che in maniera più cospicua usufruiscono del servizio si concentrano nelle fasce d'età più elevate (dai 71 anni in su), e che nelle stesse fasce il numero delle donne è sempre più presente in relazione al crescere dell'età degli assistiti (si guardi, a titolo d'esempio, gli utenti ultra ottantacinquenni: su un totale di 401 casi ben 287 sono rappresentati da donne e solamente 114 da uomini).

Tab. 5.1 – Sesso ed età

Sesso		Età (in anni)							Total
		fino a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	da 61 a 70	da 71 a 80	da 81 a 85	più di 85	
maschio	Count	10	15	45	73	172	101	114	530
	% of Total	,8%	1,1%	3,4%	5,6%	13,1%	7,7%	8,7%	40,5%
femmina	Count	14	23	28	88	189	151	287	780
	% of Total	1,1%	1,8%	2,1%	6,7%	14,4%	11,5%	21,9%	59,5%
Total	Count	24	38	73	161	361	252	401	1310
	% of Total	1,8%	2,9%	5,6%	12,3%	27,6%	19,2%	30,6%	100,0%

35 missing cases.

Considerando quindi, in termini assoluti, le fasce d'età degli utenti ADI (Tab. 6) possiamo evidenziare che le disparità di casi tra queste sono molto marcate ed hanno confini nettamente definiti.

Tab. 6 – Età

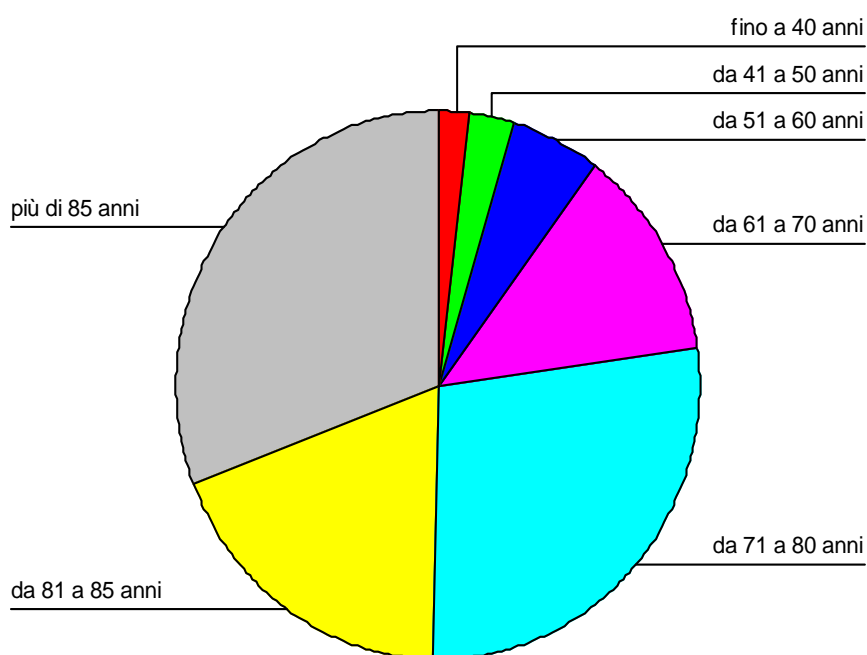
Età	Frequency	%
fino a 40 anni	27	2,0
da 41 a 50 anni	38	2,8
da 51 a 60 anni	74	5,5
da 61 a 70 anni	164	12,3
da 71 a 80 anni	368	27,5
da 81 a 85 anni	255	19,1
più di 85 anni	412	30,8
Total	1338	100,0

7 missing cases.

In generale si può rilevare che l'incidenza delle persone d'età inferiore a 60 anni sull'insieme dei casi è relativamente bassa (10,3% del totale), specie se rapportata a quella delle classi d'età superiori. Difatti, è sufficiente tenere presente che l'89,7% degli assistiti ha un'età che oltrepassa (spesso abbondantemente) i 60 anni, che la fascia raggruppante gli ultra ottantacinquenni, con 412 casi, rappresenta da sola più di un quarto dell'intera utenza del campione e che le persone con età superiore agli 81 anni compresi sono pari al 49,9% dei casi totali.

La figura seguente (Fig. II) evidenzia in maniera efficace la notevolissima rilevanza rivestita dai "grandi anziani" nel determinare l'utenza del servizio.

Fig. II – Età



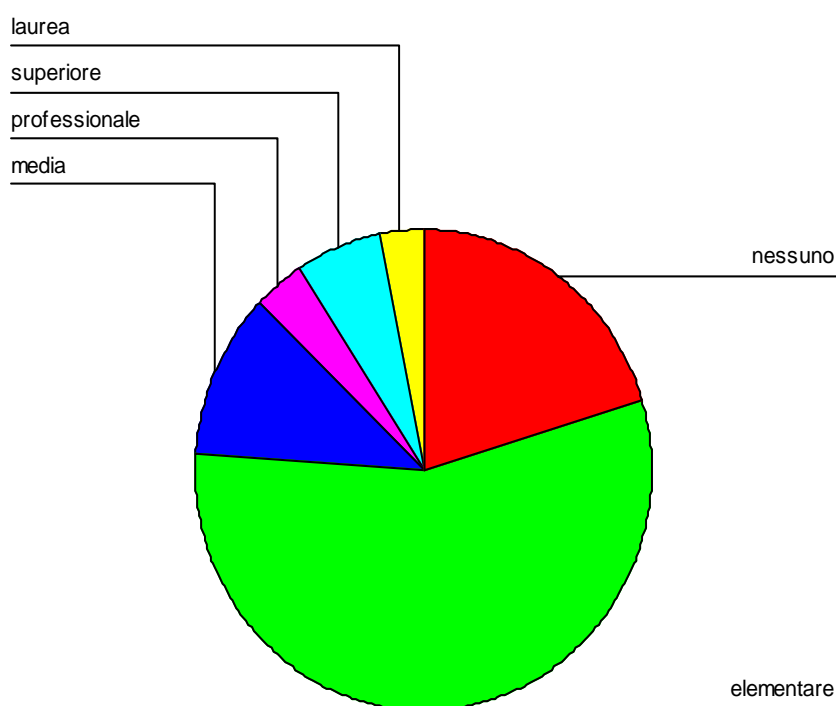
Al fattore età è legato anche il livello d'istruzione. A questo riguardo, in concomitanza con l'elevato numero di over sessantunenni presenti, si registra un insieme particolarmente basso di persone che possiedono titoli di studio che oltrepassino quelli inerenti alla scuola dell'obbligo. (Tab. 7 e Fig. III).

Tab. 7 – Titolo di studio

Titolo di studio	Frequency	%
nessun titolo	263	20,3
licenza elementare	724	55,8
licenza media inferiore	144	11,1
qualifica professionale	46	3,5
licenza media superiore	80	6,2
diploma di laurea	40	3,1
Total	1297	100,0

48 missing cases.

Fig. III – Titolo di studio



Emerge quindi chiaramente il fatto che l'utenza dell'ADI, oltre ad essere rappresentata per la maggior parte da persone spesso più che anziane, ancor

più frequentemente dispone di un basso livello d'istruzione (nel 55,8% dei casi l'assistito ha la sola licenza elementare, mentre coloro che non hanno conseguito neppure questa, con 263 casi, raggiungono quota 20,3%). All'estremo opposto, il numero dei laureati è ridottissimo (40 casi, pari al 3,1% del totale), e corrisponde per lo più a persone giovani o relativamente giovani.

Il fattore età incide in maniera consequenziale anche sulla condizione professionale (Tab. 8). Risulta infatti preponderante la presenza dei pensionati (76%) sulle altre tipologie occupazionali: lavoratori (2,2%), studenti (1,5%), casalinghe (5,5%) e disoccupati (3,9%).

Tab. 8 – Condizione professionale

Professione	Frequency	%
lavoratore	29	2,2
studente	20	1,5
pensionato	1146	86,8
casalinga	73	5,5
non occupato	52	3,9
Total	1320	100,0

25 missing cases.

2.2. Il percorso di attivazione dell'ADI

In questa parte del rapporto verranno prese in esame le modalità con cui gli utenti sono giunti a conoscenza della possibilità di ricevere il servizio di assistenza domiciliare integrata e sono effettivamente entrati in contatto con gli attori preposti al suo accesso.

Partendo quindi dal considerare i principali canali informativi tramite i quali gli intervistati hanno ricevuto le primissime informazioni sull'ADI (Tab. 9) possiamo notare come, in netta prevalenza, per gli utenti del campione sia risultato determinante il ruolo rivestito dal medico di medicina generale. Questo, infatti, ha contribuito ad informare gli assistiti in circa la metà dei casi (686). Appare poi altresì importante la figura del medico dell'ospedale (274 casi), dell'assistente sociale (214 casi) e, sia pure in maniera meno marcata, ma comunque non trascurabile, la rete (relazioni primarie) di conoscenze familiari o amicali (143 casi) di cui ha potuto disporre l'utente.

Tab. 9 – Chi l'ha informata sul servizio ADI³⁷

Informatore	Count	% of Responses	% of Cases
medico di base	686	48,4	51,8
medico dell'ospedale	274	19,3	20,7
assistente sociale	214	15,1	16,2
amico / parente / conoscente	144	10,2	10,9
infermiere	62	4,4	4,7
un'altra persona	37	2,6	2,8
Total	1417	100,0	107,1

21 missing cases; 1324 valid cases.

Di particolare interesse si dimostrano, inoltre, i dati (Tab. 10 e Fig. IV) rilevati tramite la domanda n. 10 del questionario, che chiedeva al compilatore d'esprimere un giudizio in merito alla facilità (o meno) del percorso d'accesso per richiedere l'attivazione del servizio.

³⁷ Questa domanda prevedeva la possibilità di fornire risposte multiple. Per tale ragione il conteggio delle risposte date in totale (1417) non corrisponde al numero dei casi globalmente considerati (1345), bensì risulta eccedente rispetto agli stessi.

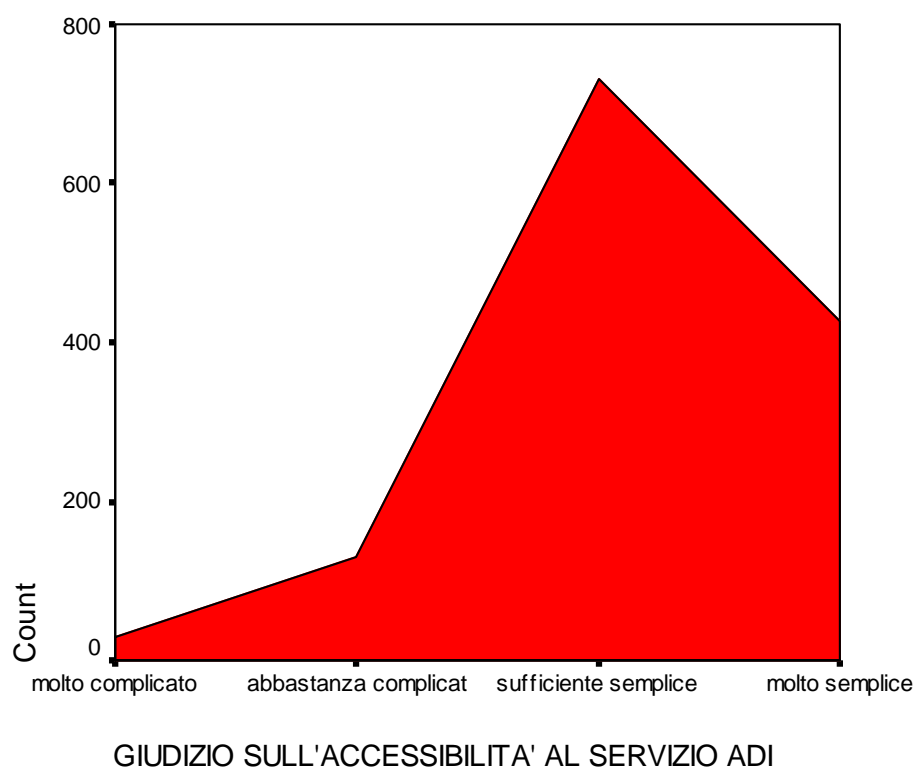
Si ricorda inoltre che la ricerca, poiché ha preso in considerazione solo gli utenti dell'Adi medico-infermieristica, non ha ovviamente indagato gli aspetti legati alla parte più prettamente sociale.

Tab. 10 – Giudizio sull'accessibilità del servizio ADI

Giudizio	Frequency	%
molto complicato	8	2,1
abbastanza complicato	131	9,9
sufficiente semplice	732	55,6
molto semplice	426	32,3
Total	1317	100,0

28 missing cases.

Fig. IV – Giudizio sull'accessibilità del servizio ADI

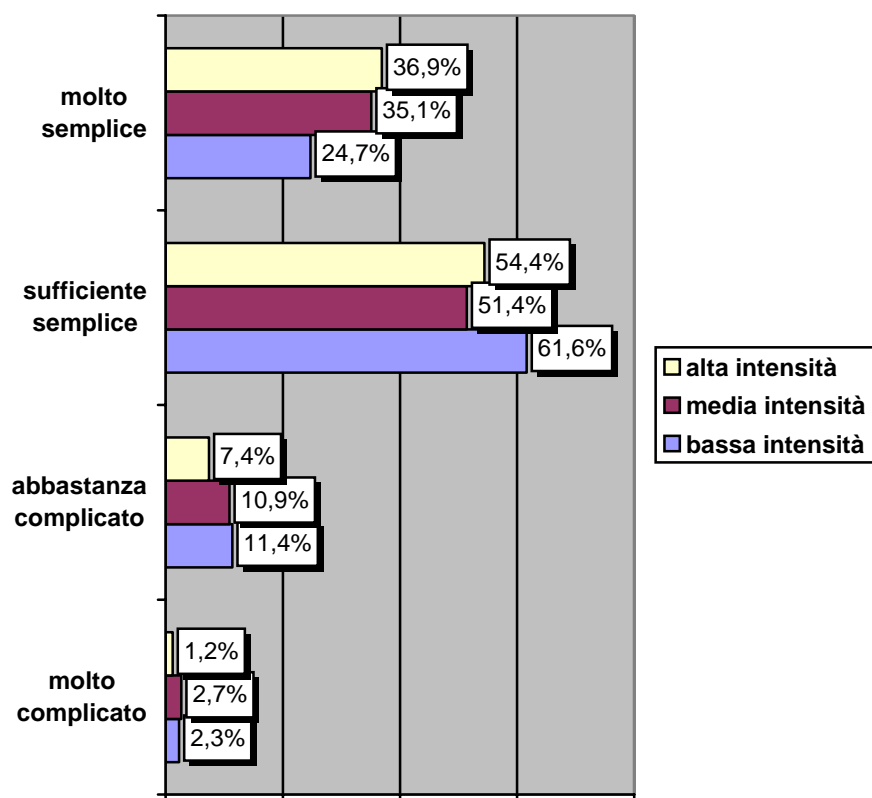


Dalle rappresentazioni sopra riportate risulta evidente come, in generale, a giudizio degli intervistati l'accessibilità al servizio appare essere molto buona e non difficoltosa. Abbiamo, infatti, su 1317 casi ben 426 in cui viene dichiarata "molto semplice" (32,3%) e addirittura 732 (55,6%) in cui viene segnalata come "sufficientemente semplice", per un totale di 1158 casi (pari all'87,9% delle risposte). Tale risultato sembra per molti versi rincuorante per la salvaguardia dei diritti del malato, tuttavia il numero di persone, seppur ridotto (139 casi, pari al 12%), che dichiarano di aver incontrato "abbastanza" o "molte"

difficoltà" (invero soltanto 8 casi) è comunque non trascurabile e deve essere tenuto in considerazione.

Emerge inoltre un legame statisticamente significativo tra giudizio sull'accessibilità e livello di assistenza, in particolare gli utenti che ricevono un servizio a bassa o media intensità si mostrano leggermente più critici e meno entusiasti sull'accessibilità, rispetto a chi riceve un servizio ad alta intensità (come mostra la Fig. V).

Fig. V - Livello di assistenza e giudizi sull'accessibilità' del servizio ADI



30 missing cases

Chi-quadrato 22,468, df 6, livello di significatività pari a 0,01 ($p < 0,05$)

Andando ad indagare, nello specifico, quali siano stati i problemi concreti che più sono stati riscontrati dagli utenti in merito (Tab. 11), possiamo notare che, per la maggior parte³⁸ (81 casi, pari al 6,5% del totale delle risposte date alla domanda n. 10) questi siano da imputare ai tempi di attesa per ottenere il servizio e alle procedure richieste dalla burocrazia. I restanti motivi di disagio

³⁸ In tal caso si è attuato un incrocio fra le risposte fornite alla domanda n.11 e quelle della domanda n.10

(3,7%³⁹) sono dovuti in parte ad un senso di smarrimento dell'utente, dovuto all'assenza di una figura precisa capace di dargli le informazioni necessarie, nonché, in qualche occasione (3,11% delle risposte complessive, sempre in relazione alla domanda n. 10), proprio al comportamento, giudicato ostacolante, operato dai medici di medicina generale (MMG).

Tab. 11 – Eventuali difficoltà ad accedere al servizio

Difficoltà	Frequency	%
Tempi e procedure burocratiche	81	62,3
manca di un referente preciso (informazioni)	26	20,0
MMG non ha collaborato per l'attivazione del servizio	15	11,5
altro	8	6,2
Total	130	100,0

9 missing cases.

Esaminando invece il tempo che gli intervistati dichiarano di aver aspettato per ottenere il servizio richiesto (Tab. 12), oltre la metà affermano di aver atteso meno di una settimana.

Tab. 12. – Tempo di attesa per avere il servizio ADI dalla richiesta

Tempo (in giorni)	Frequency	%
da 0 a 2	276	24,0
da 3 a 7	405	35,2
da 8 a 14	173	15,0
da 15 a 30	245	21,3
più di 30	52	4,5
Total	1151	100,0

194 missing cases.

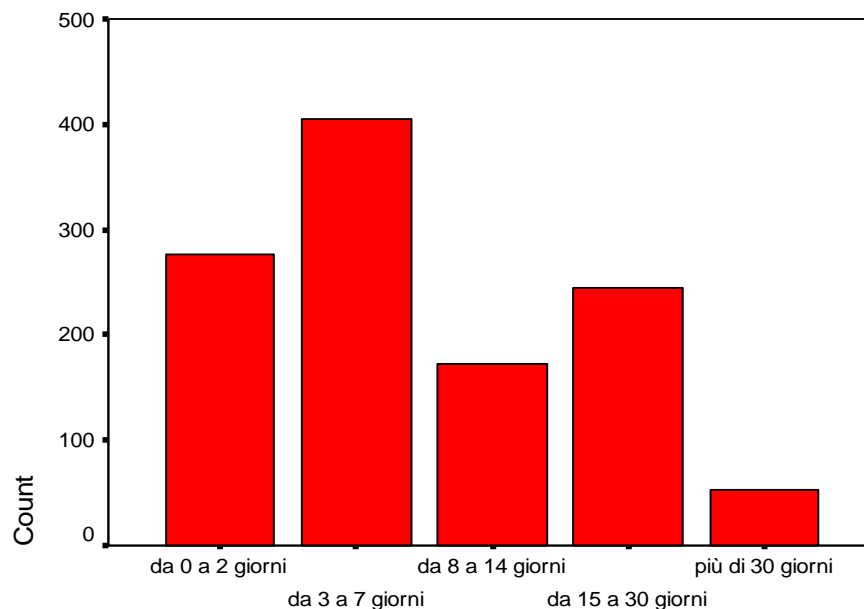
Media 11,42.

Moda 7 giorni.

Come si può meglio notare dalla prossima illustrazione (Fig. VI), il picco di massima attesa si registra tra i 3 e i 7 giorni, per poi vedere i casi scendere tra gli 8 e i 14, risalire tra i 15 e i 30, e calare fortemente per oltre i 30 giorni.

³⁹ Sempre in riferimento alle risposte complessive della domanda n. 10.

Fig. VI – Tempo di attesa per avere il servizio



TEMPO DI ATTESA PER AVERE IL SERVIZIO ADI

A questo proposito va comunque sottolineato che il tempo di attesa dichiarato varia in base al livello di intensità dell'assistenza, in particolare cala al crescere del livello. In altri termini, se un soggetto che riceve un servizio di bassa intensità afferma di aspettare in media 12,20 giorni, questi ultimi scendono a 11,80 nel caso di un'ADI di media intensità e a 10,28 nel caso di alta intensità. Per essere ancora più precisi il 29,2% degli utenti di un servizio ad alta intensità aspettano meno di 2 giorni, il 36,5% tra 3 e 7 giorni, l'11% tra 8 e 14, il 19,3% tra 15 e 30 e il 4% oltre 30. Complessivamente metà di questi utenti attende meno di 5 giorni (mediana=5).

Se passiamo poi a considerare il tempo di attesa in relazione alle rispettive Ausl, possiamo senza dubbio notare come le condizioni variano considerevolmente a seconda dell'Ausl osservata. Una rappresentazione di quanto appena affermato si può trovare nella tabella (Tab. 12.1), la quale riassume il confronto tra medie e mode del tempo d'attesa delle diverse Ausl, assieme ai valori di riferimento per l'intera regione Emilia-Romagna.

Tab. 12.1 – Media e moda dei giorni di attesa per ricevere il servizio

Ausi	Media (in giorni)	Moda (in giorni)
N. 2	7,66	1
N. 8	8,19	0
N. 3	8,53	0
N. 7	9,42	0
N. 9	11,74	3
N. 4	12,82	3
N. 5	12,89	10
N. 1	16,02	7
N. 6	16,71	10
Intero campione	11,42	7

Se il tempo d'attesa medio, a livello regionale, s'attesta intorno a 11 giorni e mezzo circa dal momento della richiesta, si deve registrare che l'Azienda UsI che presenta i tempi di attesa minori è la 2, mentre invece la 6 si dimostra essere l'Azienda che detiene i tempi di attesa maggiori.

Ora, pur tenendo presente l'eventualità che si sia verificato qualche errore di fraintendimento della domanda⁴⁰ numero 12 del questionario, che potrebbe dare spiegazione in merito ai picchi di deviazione dalla media più elevati, è altresì vero che le differenze tra le Ausl sono comunque presenti e sottolineano una certa difformità nei tempi di inizio delle prestazioni.

Passando invece ad analizzare il giudizio che gli intervistati esprimono sull'attesa per l'attivazione del servizio, possiamo notare come il grado di soddisfazione si attesti comunque su valori in genere abbastanza alti (Tab. 13 e Fig. VII)⁴¹.

⁴⁰ In sede di riunione e programmazione del lavoro alcuni rappresentanti delle Ausl partecipanti all'indagine avevano espresso delle perplessità sul fatto che la domanda, malgrado l'esposizione fosse chiara, potesse comunque venire mal interpretata; ovvero che gli utenti confondessero il giorno effettivo della richiesta (in seguito all'aver ultimato tutte le pratiche necessarie per ricevere l'ADI) con quello dell'inizio della procedura di esami e documenti richiesti per l'assegnazione del servizio. È altresì vero che, in fase di pulizia dei dati, si è comunque provveduto a trattare con attenzione tutti i valori che si dimostravano eccessivamente al di fuori dei parametri previsti.

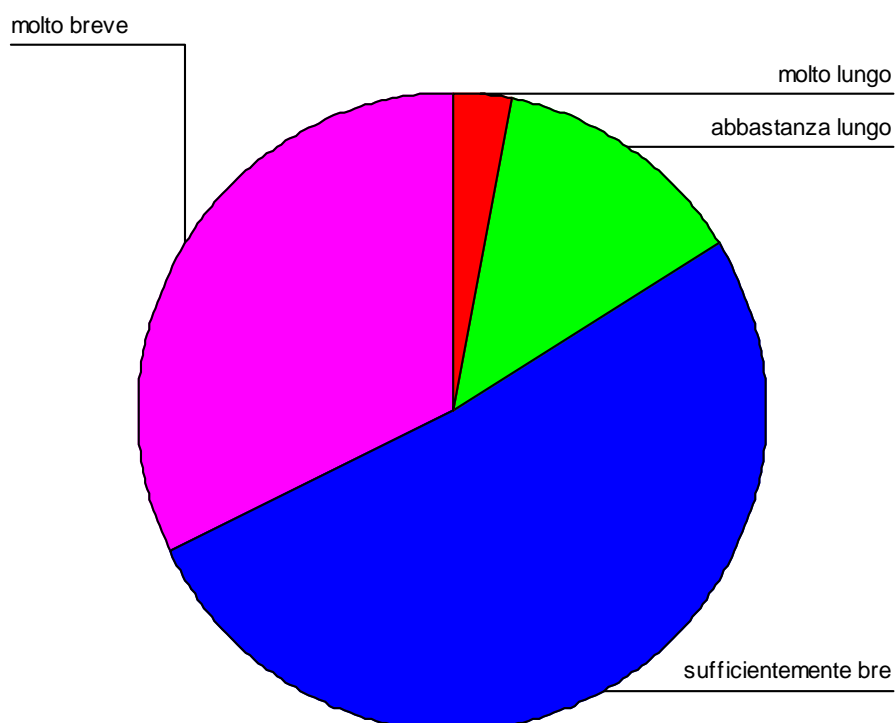
⁴¹ A questa domanda se ne ricollegava una seconda (domanda 14), che aveva in pratica valore di controprova. I dati di quest'ultima, per evitare la ridondanza, non vengono riportati, in quanto sostanzialmente speculari rispetto a quelli illustrati nella tabella 13.

Tab. 13 – Giudizio sul tempo di attesa espresso dagli intervistati

Tempo di attesa	Frequency	%
molto lungo	38	3,0
abbastanza lungo	164	13,0
sufficientemente breve	651	51,8
molto breve	404	32,1
Total	1257	100,0

88 missing cases.

Fig. VII – Giudizio sul tempo di attesa espresso dagli intervistati



In 651 casi il giudizio risulta come "sufficientemente breve", e in addirittura 404 casi come "molto breve", per un totale pari all'83,9% delle risposte. Nel 16% dei casi considerati il giudizio appare negativo.

Se consideriamo i giudizi espressi sul tempo di attesa nelle singole Ausl di appartenenza degli utenti (Tab. 13.1), possiamo rilevare, anche nei termini peculiari del gradimento di questi, come non esista una qualche uniformità di giudizio degli intervistati nei confronti delle diverse Aziende Sanitarie. Abbiamo così che la Ausl 8 risulta essere nettamente la più apprezzata dai propri assistiti, nessuno dei quali giudica i tempi d'attivazione del servizio come troppo lunghi, e con ben 55 (46,6%) casi su 118 in cui gli stessi vengono giudicati quali "molto

brevi". Nella posizione opposta si deve annotare il punteggio massimo ("molto breve") di soddisfazione in assoluto più ridotto (14 casi, pari al 9,7%) espresso dagli utenti della Ausl 1, la quale annovera anche il maggior numero (29,7% – 43 casi) di valutazioni negative.

Tab. 13.1 – Ausl e giudizio sul tempo di attesa

Ausl	Giudizio				Total
	molto lungo	abbastanza lungo	suff.mente breve	molto breve	
N. 1	4	39	88	14	145
% Ausl	2,8%	26,9%	60,7%	9,7%	100,0%
N. 2	3	17	62	59	141
% Ausl	2,1%	12,1%	44,0%	41,8%	100,0%
N. 3	5	10	85	61	161
% Ausl	3,1%	6,2%	52,8%	37,9%	100,0%
N. 4	5	16	85	46	152
% Ausl	3,3%	10,5%	55,9%	30,3%	100,0%
N. 5	4	29	88	49	170
% Ausl	2,4%	17,1%	51,8%	28,8%	100,0%
N. 6	5	19	51	32	107
% Ausl	4,7%	17,8%	47,7%	29,9%	100,0%
N.87	3	14	77	46	140
% Ausl	2,1%	10,0%	55%	32,9%	100,0%
N. 8		9	54	55	118
% Ausl		7,6%	45,8%	46,6%	100,0%
N. 9	9	11	61	42	123
% Ausl	7,3%	8,9%	49,6%	34,1%	100%
Total	38	164	651	404	1257
	3,0%	13,0%	51,8%	32,1%	100,0%

88 missing cases.

Chi-quadrato 93,538, df 24, livello di significatività di 0,000 ($p < 0,05$).

Passiamo infine ad analizzare i giudizi espressi dagli utenti sulle informazioni rilasciate dai professionisti, al momento dell'attivazione del servizio, riguardanti le prestazioni che verranno da questi fornite (Tab. 14 e Fig. VIII), i tempi (Tab. 15 e Fig. IX) e gli orari delle stesse (Tab. 16 e Fig. XI).

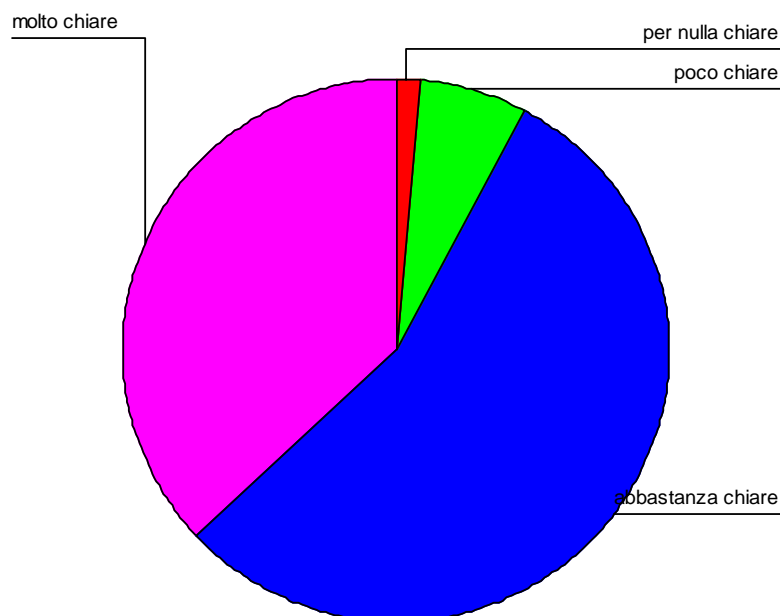
Tab. 14 – Giudizio sulle informazioni sul tipo di prestazioni

Informazioni	Frequency	%
per nulla chiare	16	1,3
poco chiare	81	6,4
abbastanza chiare	702	55,3
molto chiare	470	37,0
Total	1269	100,0

76 missing cases.

Dalla tab. 14 ricaviamo che ben nel 92,3% dei casi gli intervistati si dichiarano soddisfatti delle informazioni ricevute⁴², le quali si sono quindi dimostrate chiare e comprensibili. Nello specifico, si può inoltre notare che ben il 37% (quasi 4 persone su 10) degli utenti si pronuncia come “estremamente soddisfatto” per le informazioni ricevute.

Fig. VIII – Giudizio sulle informazioni sul tipo di prestazioni



⁴² In relazione alle tre disamine ora esposte, afferenti alla valutazione delle informazioni fornite dagli operatori sul servizio ADI, si deve annotare che l'Ausl 1 si è rivelata l'Azienda Sanitaria la cui soddisfazione degli utenti, seppur generalmente buona, è comunque la minore tra quelle delle altre Ausl considerate.

Un risultato pressoché analogo si registra anche per quanto concerne le informazioni sui tempi del servizio.

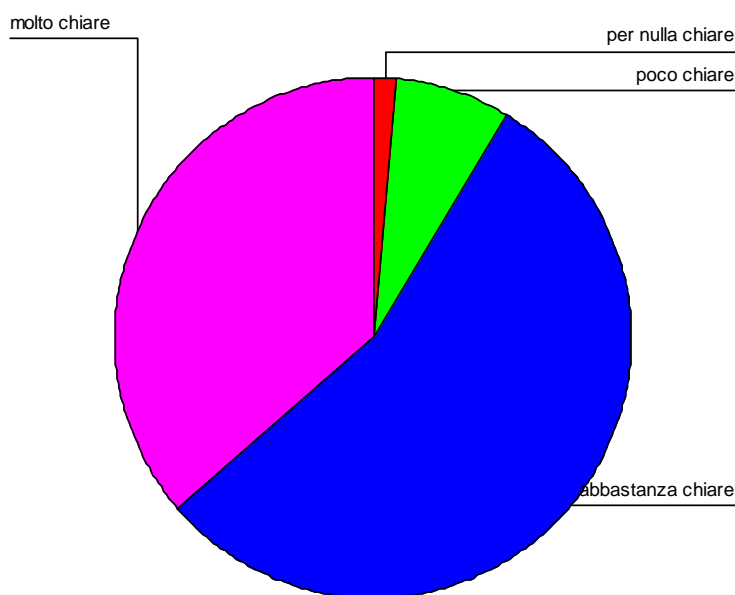
Tab. 15 – Giudizio sulle informazioni sui tempi dell'intervento

Informazioni	Frequency	%
per nulla chiare	18	1,5
poco chiare	88	7,1
abbastanza chiare	683	55,0
molto chiare	452	36,4
Total	1241	100,0

104 missing cases.

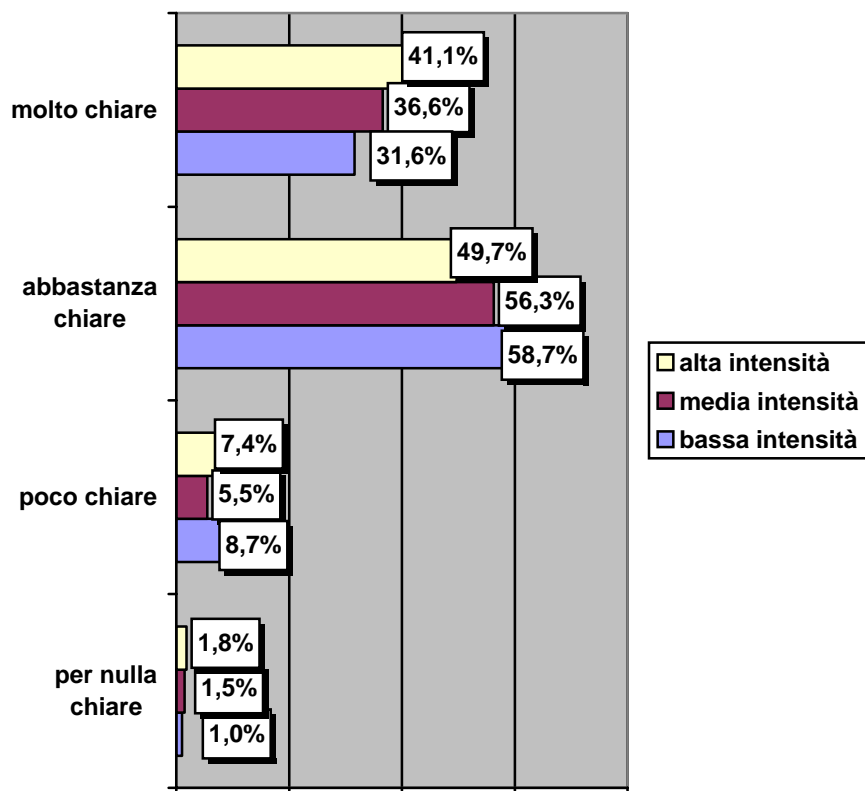
Qui possiamo anche annotare una trascurabile flessione dei valori, in quanto si ha che il 91,4% dei casi validi (contro il precedente 92,3%) dichiara che le informazioni ricevute sui tempi sono state adeguatamente chiare, e che il 36,4% dei rispondenti (contro il pieno 37,0%) si manifesta come completamente soddisfatto.

Fig. IX – Giudizio sulle informazioni sui tempi dell'intervento



Anche in questo caso – come nel giudizio sull'accessibilità (p.33 del presente rapporto) - emerge una differenza dei giudizi in base ai livelli di assistenza ed in particolare gli utenti che usufruiscono di un servizio a bassa e media intensità si mostrano leggermente più critici e meno entusiasti rispetto a queste informazioni, come mostra il grafico seguente.

Fig. X - Livello di assistenza e giudizio sulle informazioni sui tempi



106 missing cases

Chi-quadrato 11,743, df 6, livello di significatività pari a 0,06

Per quanto concerne le informazioni sugli orari di accesso al domicilio (Tab. 16), possiamo sostanzialmente replicare le osservazioni operate nelle analisi precedenti, pur con qualche lieve riserva. Difatti, sebbene la flessione sia minima, il livello di chiarezza in questa tipologia di informazione è il minore (88,9% dei casi validi).

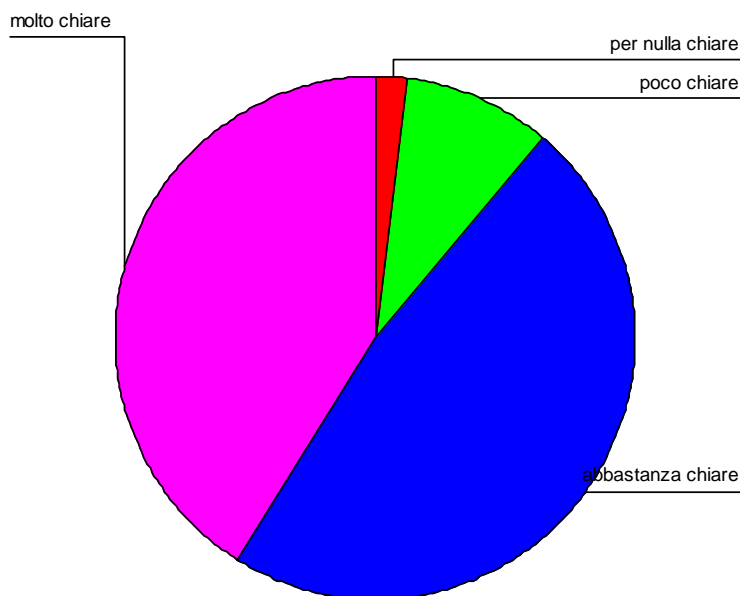
Tab. 16 – Giudizio sulle informazioni sugli orari

Informazioni	Frequency	%
per nulla chiare	26	2,0
poco chiare	114	9,0
abbastanza chiare	607	47,8
molto chiare	522	41,1
Total	1269	100,0

76 missing cases.

Per contro possiamo evidenziare che le persone che si dicono molto soddisfatte sulla chiarezza delle informazioni sugli orari sono le più numerose, sia in termini relativi (41,1% dei casi) che assoluti (522 casi).

Fig. XI – Giudizio sulle informazioni sugli orari



Possiamo concludere che, al momento dell'inizio delle prestazioni ADI, generalmente il personale è in grado di informare adeguatamente gli assistiti sul tipo di prestazioni che verranno fornite, sui loro tempi di realizzazione, nonché sugli orari di svolgimento dei servizi⁴³.

2.3. Il servizio che l'utente sta ricevendo

Alla domanda numero 22 del questionario era richiesto agli utenti di elencare il tipo di operatori che venivano al loro domicilio nell'ambito delle prestazioni ADI (Tab. 17).

⁴³ Anche in questo caso, come per le variabili precedenti, si è preso in esame il rapporto tra i giudizi espressi dagli utenti e le rispettive Ausl di riferimento. Tuttavia, a differenza che nella casistica antecedente, il confronto ha dimostrato che qui sussiste una sostanziale eguaglianza di prestazioni da parte delle diverse Ausl, ad eccezione della 1, che presenta valori di apprezzamento sensibilmente inferiori rispetto alla media registrata per le restanti Aziende Sanitarie.

Tab. 17 – Operatori che vanno al domicilio dell'assistito⁴⁴

Operatori	Count	% of Responses	% of Cases
infermiere	1118	44,2	84,4
medico di famiglia	804	31,8	60,7
medico specialista	264	10,4	19,9
assistente sociale	259	10,2	19,6
altro/i	87	3,4	6,6
Total	2532	100,0	191,2

21 missing cases, 1324 valid cases.

Da ciò è emerso con 1118 risposte (pari al 44,2% di quelle complessive), come si poteva facilmente prevedere, che la categoria di operatori che ha maggiormente ha che fare con i pazienti è quella degli infermieri (in molti casi anche responsabili del caso), seguita dai medici di famiglia (in molti casi responsabili terapeutici), che si stabiliscono al 31,8%, con 804 risposte. Le altre figure professionali, come medici specialisti e assistenti sociali, appaiono ovviamente meno "presenti", perché il tipo di servizio analizzato da questa ricerca (ADI medico-infermieristica) o non richiede una loro presenza assidua (come nel caso degli assistenti sociali) o la richiede, ma solo in situazioni particolari (come nel caso dei medici specialisti) .

Da quanto illustrato possiamo dunque ricavare che i principali attori dell'ADI sono gli infermieri e i medici di famiglia, che intrattengono un rapporto frequente coi pazienti. Più "marginali", come comprensibile, risultano essere le figure degli assistenti sociali e dei medici specialisti, che risultano responsabili del caso rispettivamente nell'ADI sociale e in quella medico-specialista.

Nelle domande n.15 e 17 si è richiesto all'utente se, durante il periodo di presa in carico da parte dell'ADI, avesse trovato la disponibilità di un operatore del servizio in caso di "impreviste difficoltà" eventualmente occorse al di fuori delle ore di assistenza domiciliare programmate nel piano assistenziale e tali da provocare un notevole disagio all'utente. Dall'analisi è emerso che ciò si è effettivamente verificato in 722 casi e che in 601 di essi (pari all'83,2% delle risposte fornite) ad intervenire in aiuto dell'utente è stato uno degli operatori del servizio (Tab. 18).

È inoltre presumibile che nei casi di non intervento, questo sia dovuto non tanto ad una mancanza professionale degli operatori, bensì al fatto che questi non fossero materialmente presenti nell'abitazione del malato, poiché l'assistenza ADI comunque prevede precisi orari di servizio, che non coprono mai le intere 24 ore e che si concentrano soprattutto dal lunedì al venerdì.

⁴⁴ Questo è uno di quei casi in cui l'utente poteva effettuare una risposta multipla. Così appare che il totale delle risposte date superi alquanto quello del numero dei questionari del campione.

Tab. 18 – Aiuto fornito da un operatore in caso di difficoltà

Aiuto	Frequency	%
si	601	83,2
no	121	16,8
Total	722	100,0

623 missing cases.

Per quanto riguarda le motivazioni a cui possono ricollegarsi le difficoltà insorte (Tab. 19), il maggior numero di casi ha indicato “l’aggravarsi improvviso delle condizioni del malato” (107 casi) – evento in verità non di rado imponderabile e non direttamente imputabile a un disservizio dell’assistenza fornita –; in secondo luogo sono occorsi disagi derivanti dalla “gestione del catetere” (67 casi), per gli utenti affetti da patologie che ne richiedevano l’applicazione; infine emerge una criticità legata esplicitamente all’intervento del personale del servizio (40 casi), dovuta sia agli orari di visita, denunciati come insufficienti a coprire le esigenze dell’assistito, unitamente ad una presunta mancanza di competenza degli operatori e ad una riscontrata carenza di medicinali e medicamenti appropriati.

Tab. 19 – Motivo dell’essersi trovato in difficoltà

Eventuali difficoltà verificatesi	Frequency	%
aggravarsi delle condizioni fisiche del malato	107	37,0
gestione del catetere	67	23,2
inadeguato l’intervento (orari, professionalità, medicinali)	40	13,8
ricovero ospedaliero	24	8,3
gestione della flebo	19	6,6
ferite da decubito	12	4,2
prelievo del sangue e consegna delle provette	7	2,4
tempi lunghi di attesa per visite/esami	6	2,1
spostamenti necessari per il malato	5	1,7
mancato rispetto degli orari	2	,7
Total	289	100,0

1056 missing cases.

Andando quindi a prendere visione di quale genere di operatori sono effettivamente intervenuti per prestare soccorso (Tab. 20), vediamo che nella stragrande maggioranza delle situazioni vi hanno provveduto le figure di riferimento principali del servizio, cioè i medici di famiglia (338 risposte su 833) e gli infermieri (324 risposte su 833).

Tab. 20 – Operatore che ha fornito l'aiuto⁴⁵

Operatore	Count	% of Responses	% of Cases
medico di famiglia	338	40,6	51,6
infermiere	324	38,9	49,5
assistente sociale	78	9,4	11,9
altro/i	74	8,9	11,3
nessuno	19	2,3	2,9
Total	833	100,0	127,2

690 missing cases; 655 valid cases.

Entrando ora nel merito del tipo di prestazioni fornite tramite ADI, alla domanda numero 23 del questionario si richiedeva agli intervistati se il servizio a domicilio di cui usufruivano fornisse loro un aiuto anche per affrontare una serie di problemi che hanno a che fare con le loro possibili, normali esigenze quotidiane (Tab. 21). Si voleva, infatti, sondare, al di là delle prestazioni fornite per lo specifico genere di patologia alla quale il malato è soggetto, se il piano di cura concordato prevedesse degli interventi che, seppur non strettamente sanitari, fossero in grado di contribuire ad aumentarne la qualità della vita.

Tab. 21 – Servizi prestati e problemi della quotidianità⁴⁶

Servizi prestati	Count	% of Responses	% of Cases
igiene personale	285	50,3	75,6
cura del corpo	224	39,5	59,4
gestione della casa	58	10,2	15,4
Total	567	100,0	150,4

968 missing cases; 377 valid cases.

Complessivamente si è ricavato⁴⁷ che sono 377 (pari al 28% del totale dei casi) gli utenti del campione che godono perlomeno di uno dei tre servizi considerati. Quindi, rispetto alle risposte globalmente rilevate, nella maggior parte dei casi considerati gli operatori dell'ADI contribuiscono con i familiari ad occuparsi dell'igiene personale dell'assistito (50,3%) e della cura del corpo (39,5%). Decisamente di minor rilievo, e coerentemente con la tipologia del servizio ADI indagato, appaiono invece gli aiuti dispensati per la gestione della

⁴⁵ La domanda corrispondente a questa elaborazione grafica prevedeva la possibilità di dare risposte multiple.

⁴⁶ La domanda prevedeva la possibilità di risposte multiple.

⁴⁷ Ci si era posti un ulteriore interrogativo sul fatto che i servizi della quotidianità potessero concentrarsi sugli interventi di maggiore intensità. Dall'osservazione dei valori incrociati, unita al calcolo del test del chi-quadro, è emersa l'assenza di un legame di questo tipo per l'igiene personale (Chi-quadro 0,042; df 2; livello di significatività 0,979 – $p > 0,05$) e per la gestione della casa (Chi-quadro 2,727; df 2; livello di significatività 0,256 – $p > 0,05$). È stato tuttavia confermato per la cura del corpo (Chi-quadro 7,112; df 2; livello di significatività 0,029 – $p < 0,05$), dove si è notato che risulta proporzionalmente più frequente, considerando i pazienti al 3° livello di assistenza con quelli totali, che il piano di cura preveda degli aiuti proprio per la cura del corpo.

casa (10,2% delle risposte), che sono prerogativa di altre figure professionali, ovvero delle assistenti di base, che intervengono nel caso dell'assistenza domiciliare sociale.

Il questionario ha provato anche a rilevare eventuali esigenze "non soddisfatte" (o subentrate di recente), chiedendo agli utenti di indicare di quali servizi, tra quelli elencanti, essi non dispongono, ma ritengono di averne comunque necessità. La Tab. 22 mostra i risultati: per ben 484 persone (casi validi), infatti, almeno uno dei tre generi di servizi indicati – aiuto per il mantenimento dell'igiene personale, per la cura del corpo, per la gestione della casa – risulterebbe utile.

Quelli indicati sono servizi che ovviamente non competono direttamente al tipo di ADI preso in esame dalla ricerca, ma si caratterizzano per essere più prettamente sociali: il fatto che gli utenti li indichino pertanto come elementi di cui sentono la necessità, non rappresenta una carenza del servizio, ma può essere utile per comprendere meglio la complessità dei bisogni e delle aspettative degli utenti stessi rispetto al servizio e agli operatori.

Tab. 22 – Servizi che si ritengono utili che non sono ancora prestati

Servizi utili	Count	% of responses	% of cases
igiene personale	292	41,1	60,3
cura del corpo	239	33,7	49,4
gestione della casa	179	25,2	37,0
Total	710	100,0	146,7

861 missing cases; 484 valid cases.

Alla domanda numero 25, veniva richiesto agli utenti di esprimere a quale tipo di figure si sarebbero rivolti (se non l'avessero già fatto) per ricevere un aiuto ulteriore, rispetto a quanto previsto dal piano di cura (Tab. 23).

Tab. 23 – A chi si rivolgerebbe (o si è rivolto) per un ulteriore aiuto⁴⁸

Ulteriore aiuto	Count	% of responses	% of cases
medico di famiglia	547	38,3	52,5
assistente sociale	288	20,2	27,7
altro/i	267	18,7	25,6
infermiere	248	17,3	23,8
medico specialista	79	5,5	7,6
Total	1431	100,0	137,3

303 missing cases; 1042 valid cases.

⁴⁸ La domanda prevedeva la possibilità di risposte multiple.

Ne è dunque emerso che su 1042 utenti che hanno risposto più della metà (52,5%) pensano di rivolgersi, o già si sono rivolti, anche al medico di famiglia, che dunque rimane una figura imprescindibile per il malato. Inoltre, il 27,7% delle risposte indica l'assistente sociale e il 23,8% gli infermieri (per cui si ipotizza, molto probabilmente, tra quelli che già operano al suo domicilio). Solo il 7,6% delle risposte riporta i medici specialisti, mentre spicca una notevole percentuale di casi (25,6) nella voce altro/i.

Andando a vedere quali figure sono state specificate nella categoria altro (Tab. 23.1) è interessante notare che, tra le altre figure a cui gli utenti chiederebbero aiuto, vi sono innanzi tutto i familiari (81 casi), in quanto principale risorsa a cui poter attingere al bisogno, seguita dalle badanti (58 casi), intendendo con tale termine le operatrici, di norma extracomunitarie, che prestano assistenza in maniera continuativa, e spesso vivono presso il domicilio della persona malata.

Tab. 23.1 – Specificare altro/i

Altro: chi?	Frequency	%
familiari / amici / conoscenti	81	39,9
badante	58	28,6
personale a pagamento (inf. privati, coop.,)	39	19,2
altre figure del servizio ADI	10	4,9
ospedale, servizi ausl particolari (es. telesoccorso)	8	3,9
personale volontario	5	2,5
medico, operatori dell'ADO	2	1,0
Total	203	100,0

1142 missing cases.

Il questionario conteneva inoltre una serie di domande volte a indagare in che modo gli utenti percepissero l'intervento dei professionisti ADI e quanto giudicassero questo efficace ed utile in quanto una delle finalità della ricerca mirava ad indagare la qualità percepita del servizio.

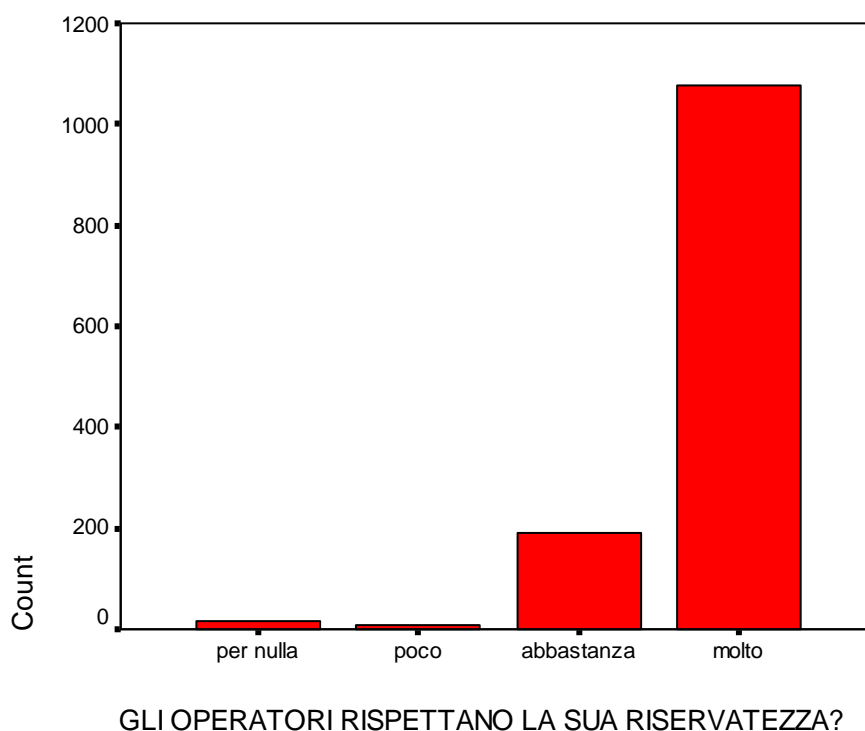
In merito alla riservatezza che generalmente gli operatori osservano nei confronti degli assistiti, ovvero il rispetto della loro privacy, i risultati ottenuti mostrano una situazione di eccellenza (Tab. 24 e Fig. XII).

Tab. 24 – Riservatezza degli operatori

Riservatezza	Frequency	%
molta	1077	83,6
abbastanza	190	14,8
poca	6	,5
nulla	15	1,2
Total	1288	100,0

57 missing cases.

Fig. XII – Riservatezza degli operatori



Ben l'83,6% delle risposte giudica il comportamento dei soggetti dell'ADI come molto riservato, e soltanto un numero piccolissimo (1,7%) di utenti si dichiara poco o per nulla soddisfatto.

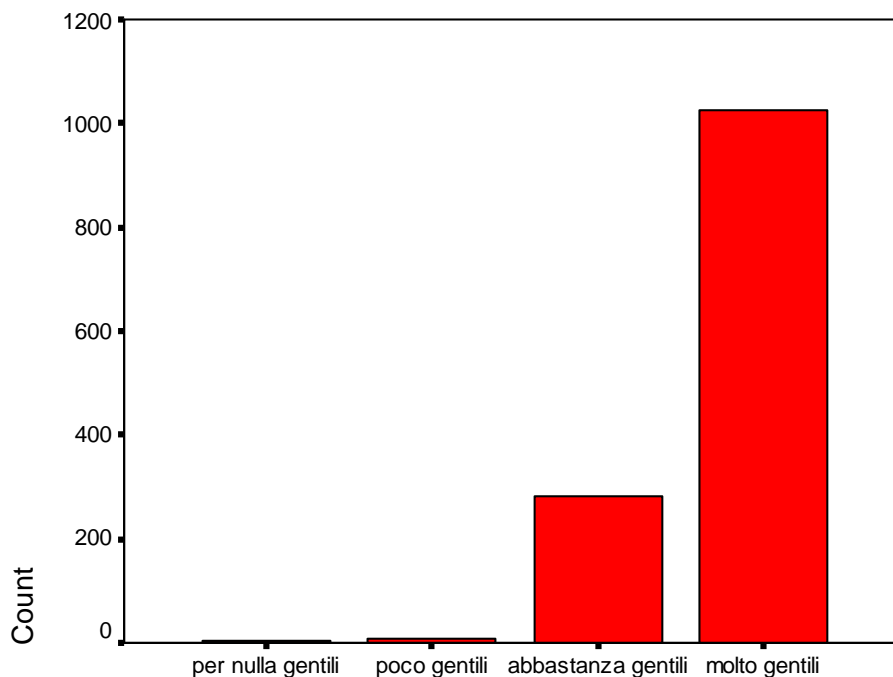
Alla domanda numero 28 del questionario si cercava conferma anche in merito alla gentilezza mantenuta dal personale nei confronti degli assistiti. Questo solitamente è un tema delicato, suscettibile di essere condizionato da molte variabili (Tab. 25 e Fig. XIII).

Tab. 25 – Gentilezza degli operatori

Gentilezza	Frequency	%
molto gentili	1025	77,7
abbastanza gentili	282	21,4
poco gentili	9	,7
per nulla gentili	3	,2
Total	1319	100,0

26 missing cases.

Fig. XIII – Gentilezza degli operatori



GENTILEZZA DEGLI OPERATORI

Come si può chiaramente vedere dalla tabella 25 e dalla sua ulteriore rappresentazione grafica, anche le risposte a questo quesito mostrano livelli di eccellenza del servizio. Il 77,7% di queste, infatti, indica il massimo grado di soddisfazione degli utenti, mentre i delusi ammontano solo allo 0,9%, pari a 12 casi su 1319.

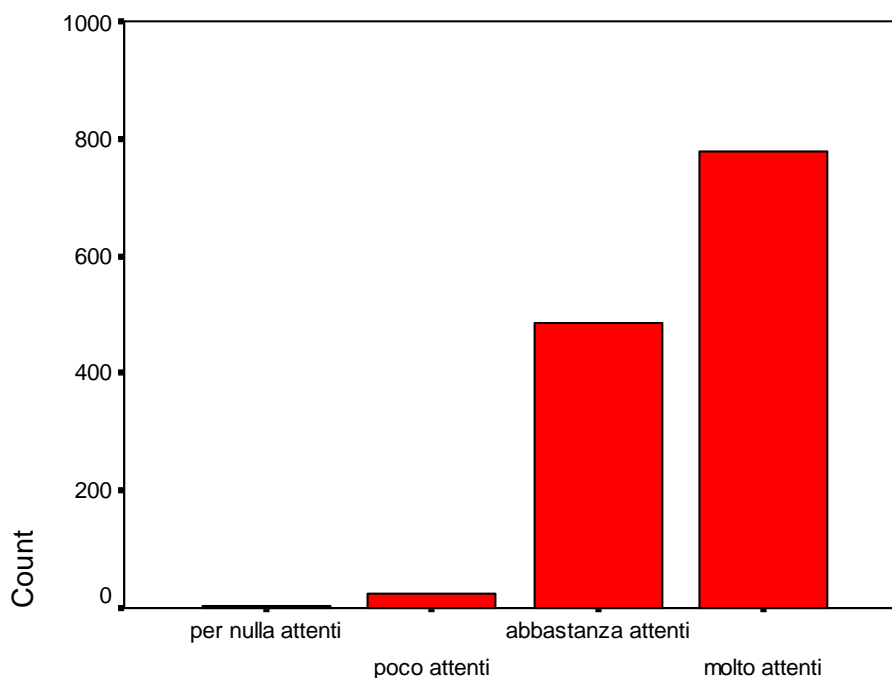
È stato inoltre fatto oggetto di studio il grado d'attenzione che, secondo gli intervistati, gli operatori paiono mostrare nei confronti delle esigenze degli assistiti (Tab. 26 e Fig. XIV), tema - anche questo - che potrebbe porre in evidenza eventuali criticità.

Tab. 26 – Giudizio sull'attenzione alle esigenze del malato

Attenzione	Frequency	%
molto attenti	778	60,3
abbastanza attenti	487	37,8
poco attenti	23	1,8
per nulla attenti	2	,2
Total	1290	100,0

55 missing cases.

Fig. XIV – Giudizio sull’attenzione alle esigenze del malato



ATTENZIONE DEGLI OPERATORI

In effetti, da quanto appena riportato, possiamo notare che se è vero che il giudizio si mantiene globalmente su livelli ancora decisamente buoni (gli scontenti ammontano solo a 25 casi, il 2% del totale dei casi validi), è altrettanto vero che coloro che reputano la cura delle attenzioni da parte degli operatori molto elevata, si attesta soltanto al 60,3%, contro i precedenti 83,6% e 77,7%.

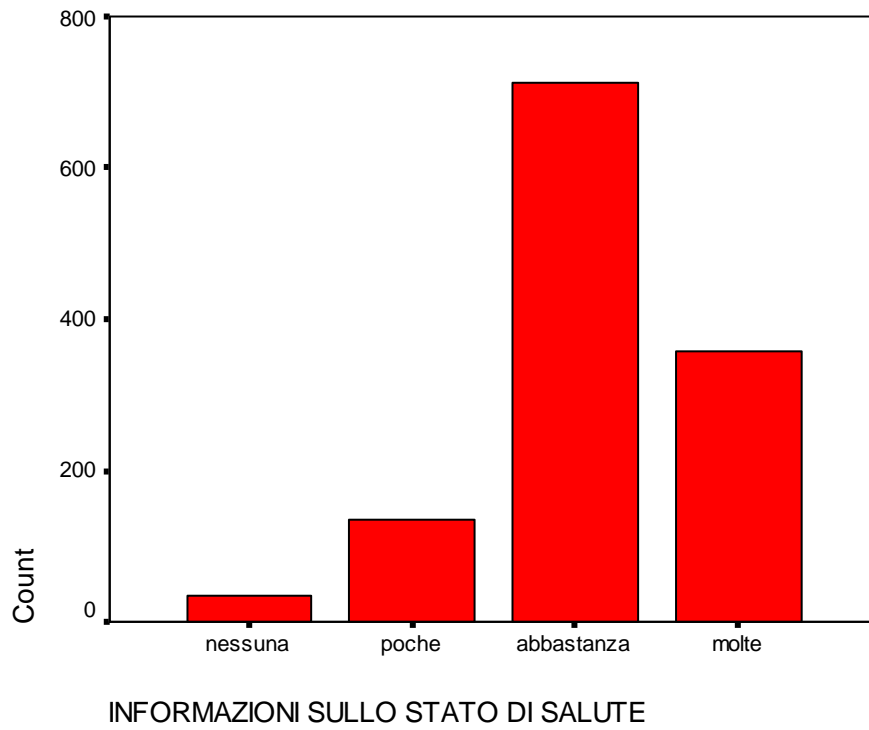
Passando a considerare le valutazioni forniteci dagli intervistati in merito alla completezza delle informazioni ricevute sulla situazione sanitaria dell’assistito (Tab. 27 e Fig. XV) dobbiamo registrare un certo aumento dei casi di giudizio non positivo (13,7% complessivo), assieme ad una corrispettiva diminuzione dei giudizi massimamente positivi (28,8% contro i precedenti 83,6%, 77,7% e 60,3%) per un aumento delle valutazioni intermedie (57,5% contro i precedenti 14,8%, 21,4% e 37,8%).

Tab. 27 – Giudizio sulle informazioni sullo stato di salute dell’assistito

Informazioni	Frequency	%
molte informazioni	357	28,8
abbastanza informazioni	712	57,5
poche informazioni	136	11,0
Nessuna informazione	34	2,7
Total	1239	100,0

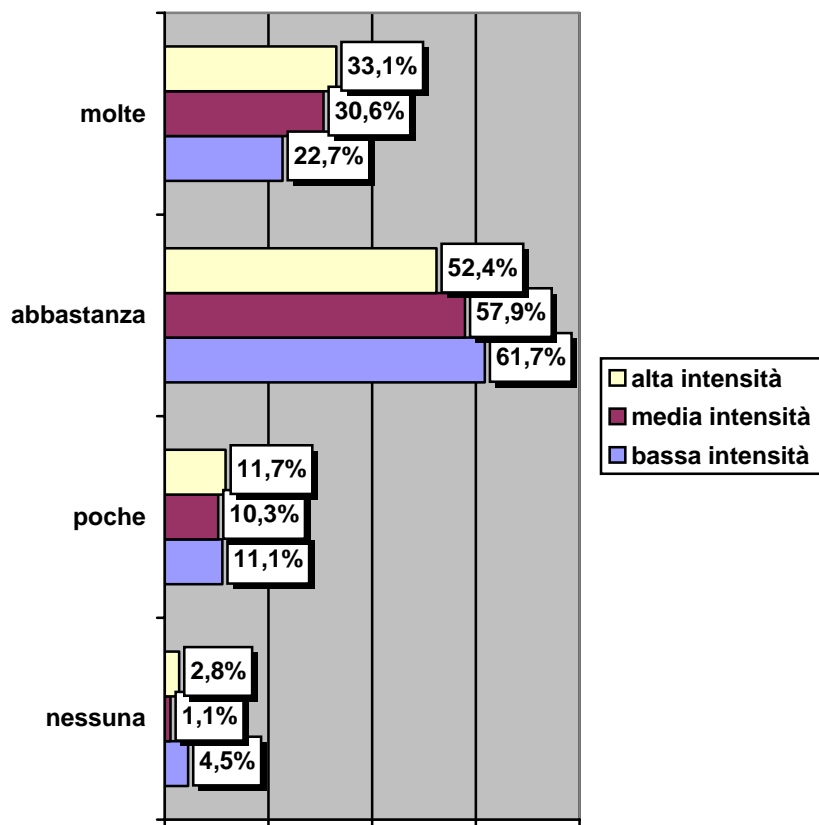
106 missing cases

Fig. XV – Giudizio sulle informazioni sullo stato di salute dell'assistito



Emerge inoltre una differenza dei livelli di soddisfazione in base all'intensità dell'assistenza fornita ed in particolare gli utenti che ricevono un servizio a bassa intensità risultano più critici e meno entusiasti rispetto agli altri, come mostra il grafico seguente.

Fig. XVI - Livelli di assistenza e giudizio sulle informazioni sullo stato di salute



108 missing cases

Chi-quadrato 20,513, df 6, livello di significatività pari a 0,002 ($p < 0,05$)

Questi dati, sebbene riferiti ad un numero limitato di casi, potrebbero rimandare a possibili criticità rispetto allo scambio di informazioni sullo stato di salute; criticità che vanno ovviamente verificate nei relativi contesti territoriali.⁴⁹

Tramite la domanda n. 31 del questionario si mirava a sondare il grado di soddisfazione degli utenti in merito agli orari di intervento concordati nel rispettivo piano di cura (Tab. 28), ovvero se questi fossero stati fissati in periodi che effettivamente si dimostrassero idonei sulla base delle esigenze dell'assistito.

⁴⁹ Anche in questo caso l'Azienda Sanitaria 1 è quella che registra il maggior numero assoluto d'intervistati dichiaratisi insoddisfatti (49, pari al 34,3%) in relazione a questo aspetto del rapporto utente-operatore.

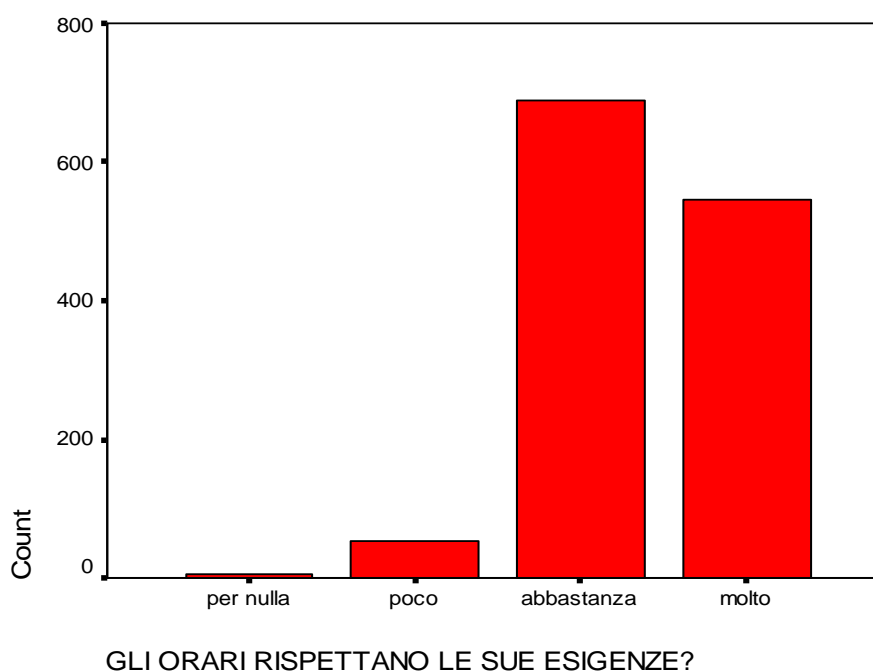
Tab. 28 – Giudizio sugli orari di intervento degli operatori

Rispetto delle esigenze	Frequency	%
molto	546	42,2
abbastanza	689	53,3
poco	53	4,1
per nulla	5	,4
Total	1293	100,0

52 missing cases.

È così emerso che la netta maggioranza delle risposte riporta un giudizio generalmente favorevole (1235 casi, pari al 95,5%), mentre solamente il restante 4,5% delle opinioni espresse (58 casi) evidenzia invece una certa insoddisfazione. Da ciò appare evidente come, in genere, gli orari concordati con gli utenti per fornire l'assistenza, risultino effettivamente in grado di rispondere alle loro esigenze (Fig. XVII).

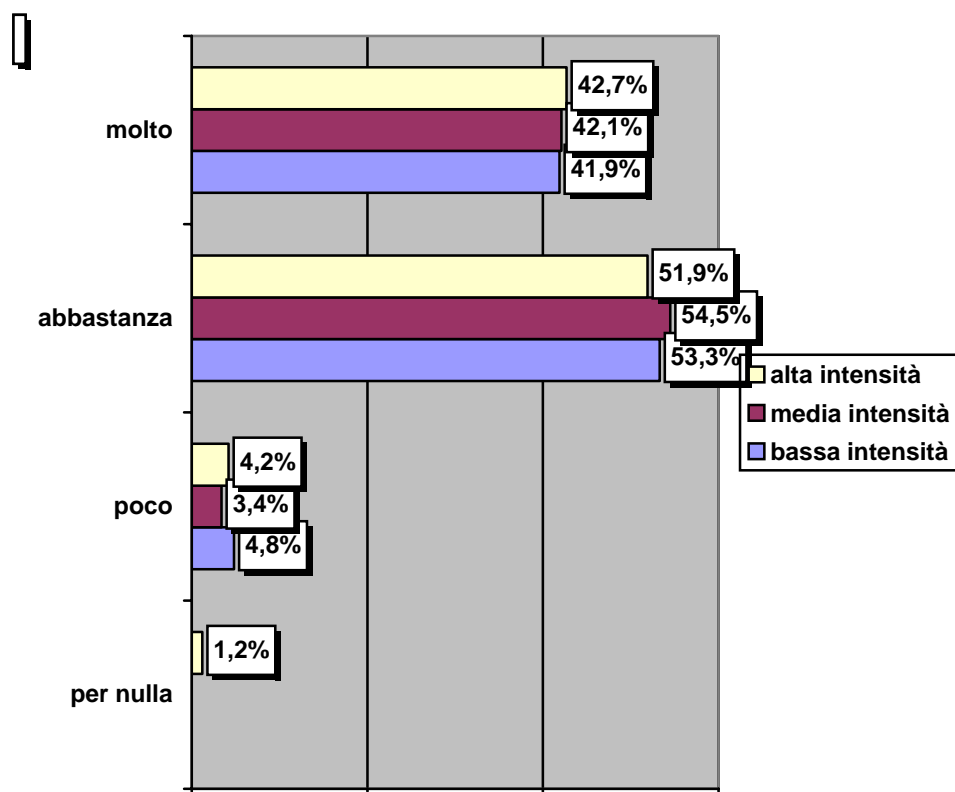
Fig. XVII – Giudizio sugli orari di intervento degli operatori



Occorre evidenziare come il grado di soddisfazione massima espresso dagli intervistati non è comunque superiore a quello dei mediamente soddisfatti, e che tale distribuzione sia comune a tutte le Ausl partecipanti all'indagine.

Emerge inoltre come il rispetto degli orari sia un elemento critico più per gli utenti che ricevono un servizio ad alta intensità, come emerge dalla fig. XVIII.

Fig. XVIII - Livello di assistenza e giudizio su: gli orari rispettano le sue esigenze?



54 missing cases

Chi-quadrato 12,320, df 6, livello di significatività pari a 0,05

È stato inoltre chiesto agli utenti, al di là del fatto che gli orari di intervento previsti, in sede di programmazione del piano di cura, fossero effettivamente congrui alle loro esigenze, se si potesse dire altrettanto in merito alla frequenza degli stessi (Tab. 29 e Fig. XIX)⁵⁰.

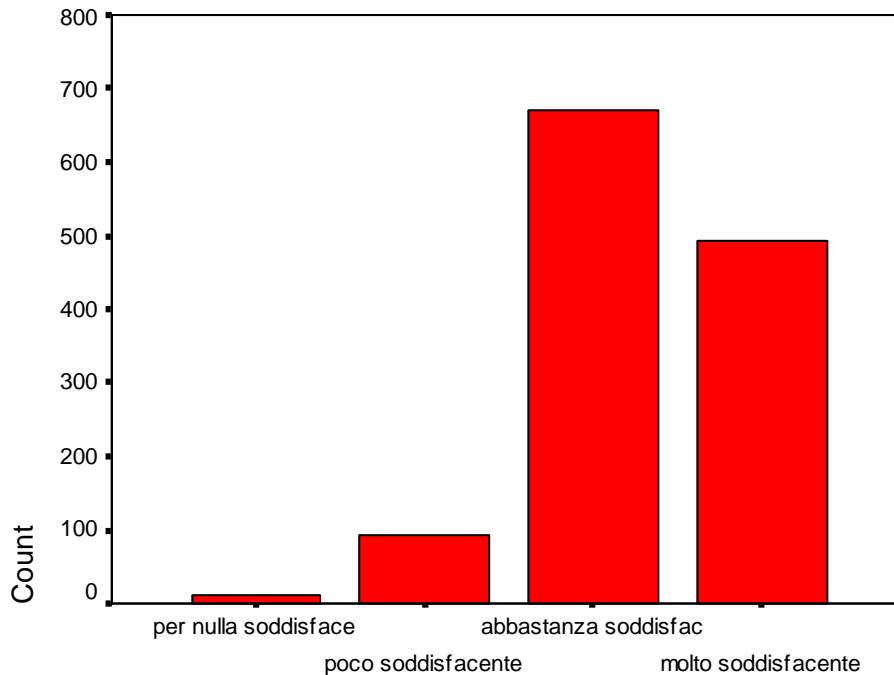
Tab. 29 – Giudizio sulla frequenza di intervento degli operatori

Giudizio	Frequency	%
molto soddisfacente	493	38,8
abbastanza soddisfacente	671	52,9
poco soddisfacente	93	7,3
per nulla soddisfacente	12	,9
Total	1269	100,0

76 missing cases.

⁵⁰ In riferimento alla domanda n.33 del questionario.

Fig. XIX – Giudizio sulla frequenza di intervento degli operatori



FREQUENZA DI INTERVENTO DEGLI OPERATORI

È stato quindi riscontrato un giudizio per molti versi analogo a quello espresso in merito agli orari d'intervento, ma con qualche lieve differenza. Innanzitutto occorre notare che, sebbene alla domanda relativa a questo tema abbiano risposto meno intervistati (1269 contro i 1293 del caso precedente), tuttavia la percentuale (8,2% contro il 4,5%) degli scontenti è aumentata; e se è vero che questa comunque non s'attesta su valori preoccupanti, è altresì vero che rappresenta un numero significativo di casi (105). In corrispondenza all'aumento degli scontenti, risulta conseguentemente diminuito al 38,8% (contro il 42,2%) il numero di quelli dichiaratisi molto soddisfatti.

Mettendo dunque a confronto questi dati con le singole Ausl di riferimento (Tab. 29.1), possiamo vedere come l'Azienda Sanitaria 1 sia quella che si discosti particolarmente dalla media regionale, presentando dei valori visibilmente meno positivi.

Tab. 29.1 – Ausl e frequenza di intervento degli operatori

Ausl	Soddisfazione per la frequenza dell'intervento				Total
	nulla	poca	abbastanza	molta	
N. 1	2	27	91	27	147
	1,4%	18,4%	61,9%	18,4%	100,0%
N. 2		7	72	62	141
		5,0%	51,1%	44,0%	100,0%
N. 3	2	15	84	59	160
	1,3%	9,4%	52,5%	36,9%	100,0%
N. 4	1	11	82	57	151
	,7%	7,3%	54,3%	37,7%	100,0%
N. 5		9	91	67	167
		5,4%	54,5%	40,1%	100,0%
N. 6	2	5	68	35	110
	1,8%	4,5%	61,8%	31,8%	100,0%
N. 7	2	8	68	63	141
	1,4%	5,7%	48,2%	44,7%	100,0%
N. 8	1	4	52	67	124
	,8%	3,2%	41,9%	54,0%	100,0%
N. 9	2	7	63	56	128
	1,6%	5,5%	49,2%	43,8%	100,0%
Total	12	93	671	493	1269
	,9%	7,3%	52,9%	38,8%	100,0%

76 missing cases.

Chi-quadro 73,411; df 24; livello di significatività 0,000 ($p < 0,05$).

Difatti, dalla tabella soprastante emerge chiaramente come l'Ausl 1 sia quella che detiene il maggior numero assoluto di pareri negativi (29 – 19,8% dei casi interni all'Azienda) degli utenti e il numero minore di risposte estremamente positive (27, pari al 18,4%) degli stessi. Al contrario, possiamo notare i casi particolarmente positivi dell'Ausl 8, registrante un numero di intervistati estremamente soddisfatti (67 – pari al 54,0%) nettamente più grande di quelli abbastanza soddisfatti (52 – pari al 41,9%), nonché quelli delle Ausl 9, 7 e 2.

Passando ad esaminare gli elementi della continuità del servizio prestato, nei termini sia degli orari previsti dal piano di cura che dell'intervento degli stessi operatori⁵¹, possiamo fare alcune rilevazioni interessanti.

Partendo dall'analisi dell'effettivo rispetto, da parte delle figure previste dall'ADI, degli orari concordati dal piano di cura si evidenzia come, in genere, il grado di soddisfazione degli intervistati si attesti su valori molto elevati (Tab. 30 e Fig. XX).

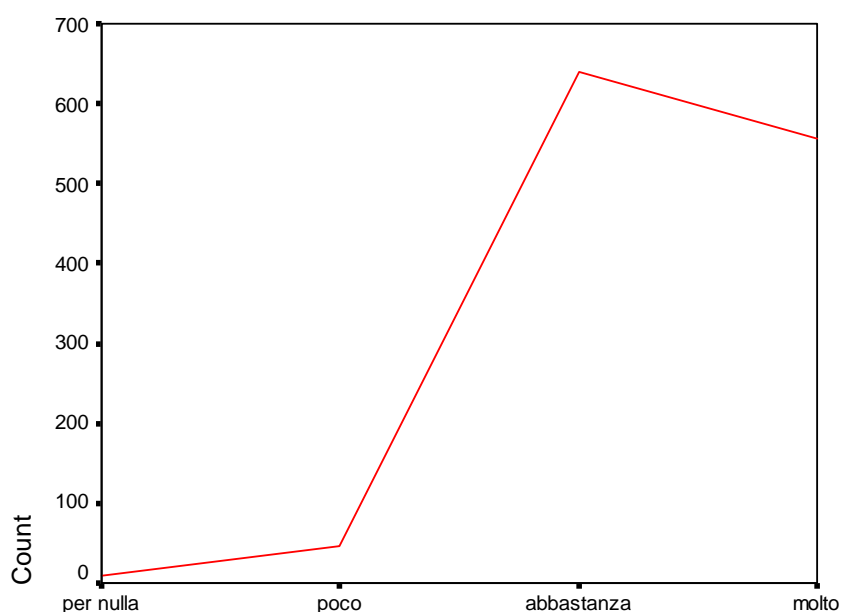
⁵¹ In riferimento alle dom. 37 e 38 del questionario.

Tab. 30 – Rispetto da parte degli operatori degli orari concordati

Soddisfazione	Frequency	%
per nulla soddisfacente	10	,8
poco soddisfacente	47	3,7
abbastanza soddisfacente	640	51,0
molto soddisfacente	557	44,4
Total	1254	100,0

91 missing cases.

Fig. XX – Rispetto da parte degli operatori degli orari concordati



d37. GLI OPERATORI RISPETTANO GLI ORARI

Abbiamo, infatti, il 95,4% degli intervistati che si dichiara soddisfatto, contro appena il 4,5% (57 casi su 1254) che si manifesta insoddisfatto, di cui solamente lo 0,8% risulta gravemente insoddisfatto.

Passando poi ad indagare in merito al fatto che siano sempre gli stessi operatori ad intervenire nell'ambito dell'assistenza domiciliare (Tab. 31 e Fig. XXI), e che quindi sia presente o meno un turnover⁵² degli stessi, dobbiamo registrare anche in questo caso dei dati molto positivi.

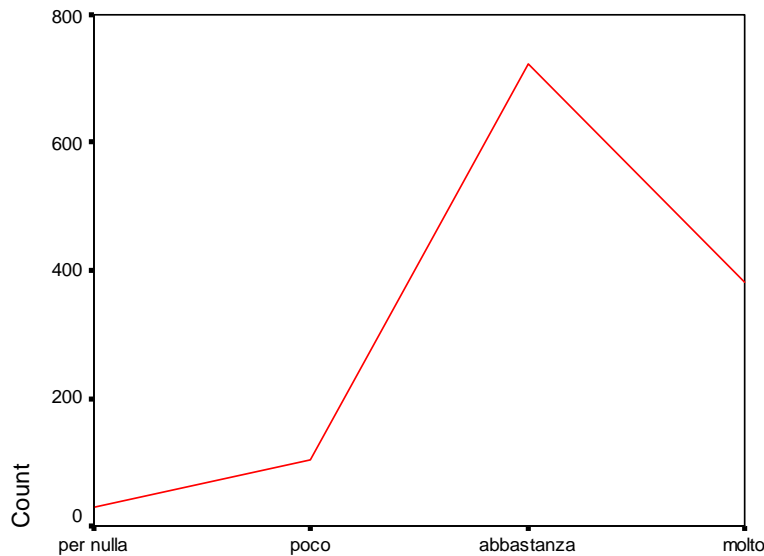
⁵² È nota l'importanza, in particolare per pazienti in età avanzata, di poter ricevere le prestazioni sanitarie sempre dalle stesse figure. La permanenza nel tempo del medesimo operatore può permettere, infatti, il sorgere di un rapporto personale di fiducia, potenzialmente rassicurante (e rasserenante) per chi si trova in condizioni di bisogno.

Tab. 31 – Intervento domiciliare effettuato dagli stessi operatori

Soddisfazione	Frequency	%
per nulla soddisfacente	29	2,3
poco soddisfacente	102	8,3
abbastanza soddisfacente	723	58,5
molto soddisfacente	382	30,9
Total	1236	100,0

109 missing cases.

Fig. XXI – Intervento domiciliare effettuato dagli stessi operatori



d38. LA CONTINUITA' DEGLI OPERATORI

Come si può notare, il livello di soddisfazione risulta ancora elevato (89,4% dei casi), tuttavia si registra un aumento degli intervistati scontenti (10,6% dei casi, rispetto al precedente 4,5%), ed una diminuzione di coloro che si dichiarano massimamente soddisfatti (30,9% contro il precedente 44,4%).

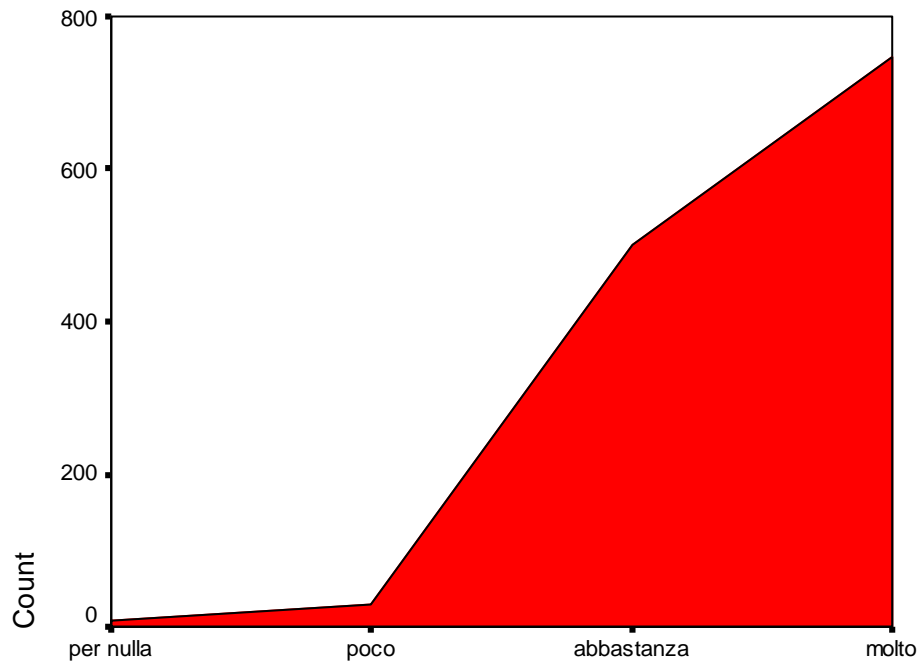
In ogni caso, se andiamo a sondare direttamente il grado di soddisfazione che gli utenti dimostrano nei confronti del rapporto che intrattengono con gli operatori, possiamo riscontrare dei risultati estremamente positivi (Tab. 32 e Fig. XXII).

Tab. 32 – Grado di soddisfazione del rapporto con gli operatori

Soddisfazione	Frequency	%
per nulla	8	,6
poco	30	2,3
abbastanza	500	38,9
molto	748	58,2
Total	1286	100,0

59 missing cases.

Fig. XXII – Grado di soddisfazione del rapporto con gli operatori



d39. RAPPORTO CON GLI OPERATORI

Infatti, il 97,1% degli intervistati si dichiara soddisfatto (il 58,2% dei casi totali denuncia il massimo livello di gradimento), contro il restante 2,9% degli insoddisfatti (solo il 0,6% dei casi complessivi presenta il massimo grado di insoddisfazione). Appare così evidente che le dinamiche relazionali che legano gli intervistati agli operatori dell'assistenza domiciliare sono abitualmente molto buone.

2.4. I risultati ottenuti

Alla domanda n. 40 del questionario si chiedeva esplicitamente agli intervistati, a riprova e per sintetizzare le opinioni raccolte tramite i quesiti precedenti, se a loro avviso le prestazioni ottenute per mezzo dell'attivazione del servizio ADI avessero rivestito un ruolo positivo per lo stato di salute del malato. Dalle risposte date (Tab. 33) possiamo notare come questo sia stato riconosciuto nella grandissima maggioranza dei casi (1251 risposte su 1297 complessive, pari al 96,5% del totale di quelle fornite).

Tab. 33 – Positività dell'intervento per il malato

Positività dell'intervento	Frequency	%
si	1251	96,5
no	46	3,5
Total	1297	100,0

48 missing cases.

Quindi, dopo aver registrato questo risultato molto positivo, si è voluto successivamente indagare in merito a quei casi, pur esigui, nei quali non si è riscontrato un giudizio positivo (Tab. 34).

Tab. 34 – Motivi della non positività dell'intervento

Motivi	Frequency	%
carenza numerica e/o qualitativa del personale	20	58,8
aggravarsi notevole della patologia	5	14,7
altro	9	26,5
Total	34	100,0

1311 missing cases.

Dalle analisi svolte abbiamo ricavato, considerando che solo 34 intervistati su 46 hanno concretamente precisato i motivi per cui secondo loro il servizio non è stato positivo, che per 20 utenti (sul totale del campione – 1345 casi – si tratta di una quota alquanto ridotta, pari all'1,49%) la ragione è da imputarsi ad una carenza numerica o di preparazione del personale, per 5 all'aggravarsi delle condizioni di salute del malato e per i restanti 9 casi sono state invece addotte spiegazioni di diverso genere.

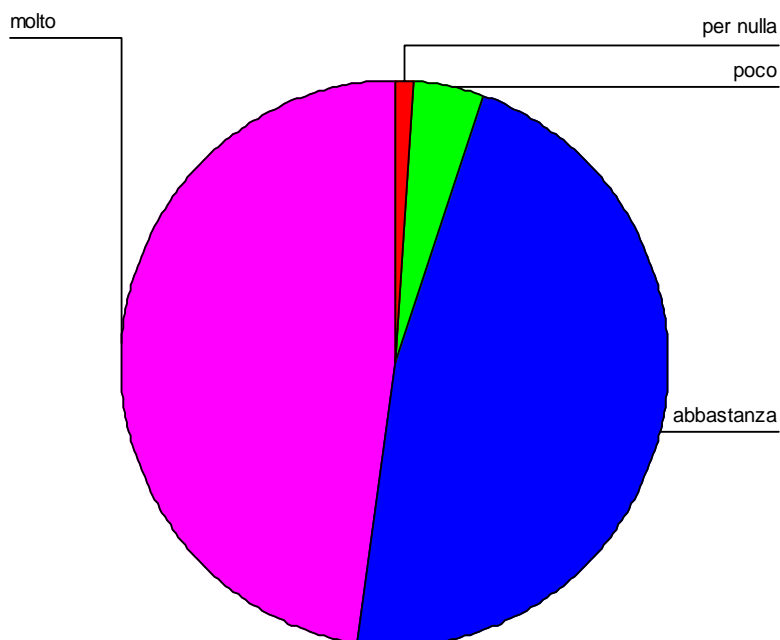
È stato quindi chiesto agli intervistati di esprimere un giudizio in merito, specificatamente al fatto che reputassero le prestazioni professionali fornite dagli operatori appropriate o meno rispetto alle esigenze del malato (Tab. 35 e Fig. XXIII).

Tab. 35 – Giudizio sulle prestazioni fornite

Prestazioni	Frequency	%
per nulla appropriate	13	1,0
poco appropriate	57	4,4
abbastanza appropriate	608	46,8
molto appropriate	621	47,8
Total	1299	100,0

46 missing cases.

Fig. XXIII – Giudizio sulle prestazioni ricevute



Dai dati sovrapposti risulta dunque che il grado di soddisfazione degli intervistati è molto alto (94,6% delle risposte), a confronto di un esiguo numero di persone poco contente (4,4%) ed un minimo numero di utenti insoddisfatti (1,0%).

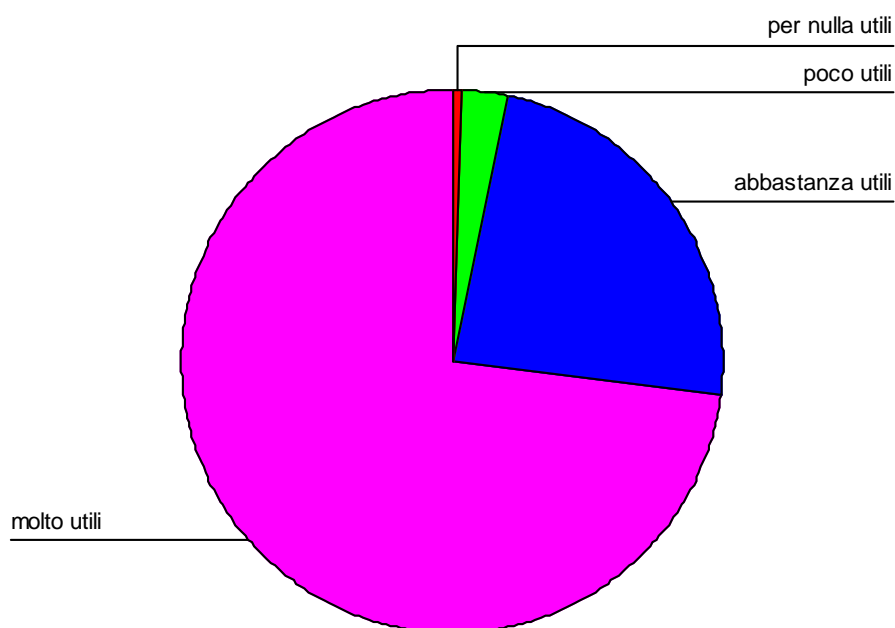
Alla domanda n.43 del questionario, si poneva quindi attenzione sulla concreta utilità (Tab. 36 e Fig. XXIV) delle operazioni prestate, anche in relazione al giudizio immediatamente prima espresso.

Tab. 36 – Giudizio sull'utilità delle prestazioni ricevute

Giudizio	Frequency	%
per nulla utili	6	,5
poco utili	35	2,7
abbastanza utili	303	23,7
molto utili	931	73,0
Total	1275	100,0

70 missing cases.

Fig. XXIV – Giudizio sull'utilità delle prestazioni ricevute



Secondo quanto mostrano i dati raccolti abbiamo un livello di soddisfazione in merito all'utilità dell'intervento ancora maggiore rispetto a quello riguardante gli interventi effettuati sui malati. Difatti, possiamo registrare che se abbiamo un 96,7% di risposte positive, addirittura il 73,0% di quelle

totali presentano il massimo grado di soddisfazione⁵³. Quindi, riallacciando questi risultati con quelli evidenziati immediatamente prima, possiamo ipotizzare che, malgrado l'intervento degli operatori possa essere considerato dagli intervistati più o meno efficace, è in ogni caso preferibile che questo sia comunque presente, dando infatti per assodata una sua concreta utilità.

Alla domanda numero 44 del questionario si è quindi richiesto agli intervistati di dare direttamente un voto complessivo al servizio di assistenza domiciliare ricevuto (Tab. 37); e, dalle risposte al quesito, sono risultate delle valutazioni decisamente positive in merito allo stesso.

Tab. 37 – Voto complessivo al servizio ADI ricevuto

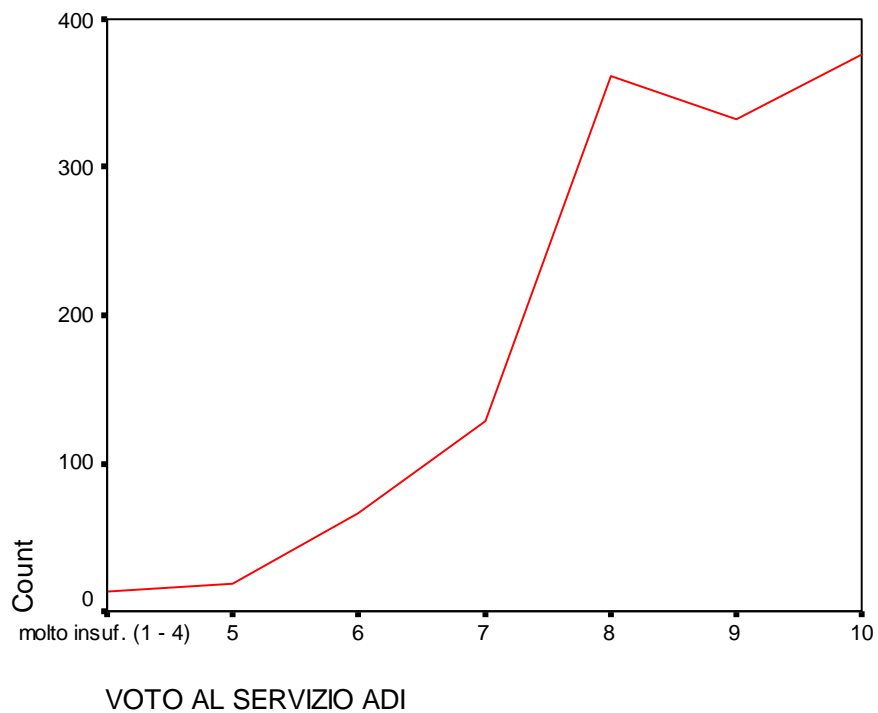
Voto	Frequency	%
1	1	,1
2	4	,3
3	2	,2
4	6	,5
5	19	1,5
6	66	5,1
7	129	9,9
8	362	27,9
9	332	25,6
10	376	29,0
Total	1297	100,0

48 missing cases.

I voti che raggiungono e superano la sufficienza, infatti, ammontano addirittura al 97,5% dei casi considerati, con una punta massima corrispondente al livello di soddisfazione più elevato, ovvero il punteggio di 10/10 (29,0% delle risposte date). I voti leggermente insufficienti (5) ammontano all'1,5%, e di conseguenza, le insufficienze gravi paiono costituire solamente lo 0,9% delle risposte. Inoltre la piena sufficienza (voto 6) non annovera molti casi (66 pari al 5,1%), giacché i valori maggiori si registrano, in un crescendo quasi continuo, passando ai voti più elevati; come si può vedere dal seguente grafico (Fig. XXV).

⁵³ Per quanto riguarda queste rilevazioni non si sono registrate delle particolari differenze nei casi delle rispettive Ausl.

Fig. XXV – Voto complessivo al servizio ADI ricevuto



Se poi si vanno a considerare direttamente la media e la moda dei voti registrati da ciascuna Ausl sebbene emerga qualche differenza tra le diverse realtà territoriali, tutte presentano valori medi molto elevati, con valutazione che superano sempre il valore 8.

Oltre alla richiesta di valutazione complessiva del servizio, era stato domandato agli intervistati di poter esporre, sulla base della propria esperienza, quale genere di prestazioni ADI, secondo loro, dovrebbe essere ulteriormente offerte (Tab. 38), nonché di poter fornire dei suggerimenti per migliorare l'assistenza ai malati (Tab. 39).

Tab. 38 – Suggerimenti per le prestazioni ADI

Suggerimenti	Frequency	%
assistenza continuata e più frequente, compresi notte e festivi	77	26,3
aiuti per igiene personale/cura del corpo/gestione della casa	61	20,8
assistenza specialistica domiciliare	45	15,4
aumentare le prestazioni fornite	40	13,7
aiuto informativo e/o psicologico a malato e familiari	31	10,6
aumentare la formazione del personale	12	4,1
servizio di trasporto nelle strutture dei malati	10	3,4
consegna a domicilio dei medicinali	7	2,4
assistenza burocratica	5	1,7
prenotazione ed individuazione di esami specialistici	3	1,0
aiuto economico	2	,7
Total	293	100,0

1052 missing cases.

Dei 293 intervistati (su 1345 dell'intero campione) che hanno provveduto a comunicare le proprie indicazioni, la maggior parte di questi ha richiesto, più che nuovi servizi, un aumento della disponibilità di quelli presenti (in 77 casi infatti gli utenti chiedono di poter usufruire dell'assistenza per periodi più ampi, comprendenti anche i giorni festivi e gli orari notturni). Secondariamente (61 casi) gli intervistati auspicano un ampliamento del servizio, desiderando aiuti tipici dell'assistenza domiciliare sociale, che la ricerca non ha indagato (igiene personale, per la cura del corpo o la gestione della casa⁵⁴). Significative appaiono anche le richieste di assistenza medica specialistica (45), di un aumento delle prestazioni già fornite (40) e di supporti informativi e psicologici per utenti e familiari (31).

Andando quindi ad analizzare i suggerimenti migliorativi del servizio ADI, possiamo anche in questo caso evidenziare alcuni elementi interessanti.

⁵⁴ Si faccia riferimento anche alle tabelle 21 e 22 del presente rapporto, con il rispettivo commento.

Tab. 39 – Suggerimenti per migliorare il servizio in generale

Suggerimenti dell'utenza	Frequency	%
più personale con più formazione	82	30,5
più continuità/frequenza delle cure, anche festivi e di notte	60	22,3
semplificare l'accesso al servizio ADI	23	8,6
evitare il turnover del personale	21	7,8
maggiori informazioni sullo stato di salute del paziente	14	5,2
poter usufruire degli specialisti	9	3,3
bisogno d'assistenza psicologica (per malato e/o familiare)	9	3,3
call center con operatore presente 24 ore su 24	7	2,6
dare agli operatori più materiale adeguato per l'intervento	7	2,6
servizi affidati sempre allo stesso operatore	6	2,2
prelievi del sangue eseguiti e consegnati dagli operatori	6	2,2
maggior coordinamento tra i servizi	5	1,9
collaborazione del medico con gli operatori	4	1,5
più precisione sugli orari degli interventi	4	1,5
maggiore coinvolgimento del medico curante	4	1,5
facilitare le prestazioni per chi ha problemi deambulazione	3	1,1
altro	5	1,9
Total	269	100,0

1076 missing cases.

Al primo posto (82 casi) dobbiamo registrare una richiesta di incremento del personale, nonché della preparazione fornitagli. Quindi, in seconda battuta, quasi a ricalcare quanto evidenziato alla domanda precedente, troviamo la richiesta di maggior continuità e frequenza delle cure, anche per i giorni festivi e le ore notturne (60 casi). Seguono 23 suggerimenti di semplificazione delle procedure d'accesso al servizio, 21 per la riduzione del turn over degli operatori e 14 casi in cui si richiedono maggiori informazioni sullo stato di salute del paziente⁵⁵.

⁵⁵ Qui si faccia riferimento alla tabella 27 e seguenti del presente rapporto, congiuntamente ai relativi commenti.

2.5. Il compilatore del questionario

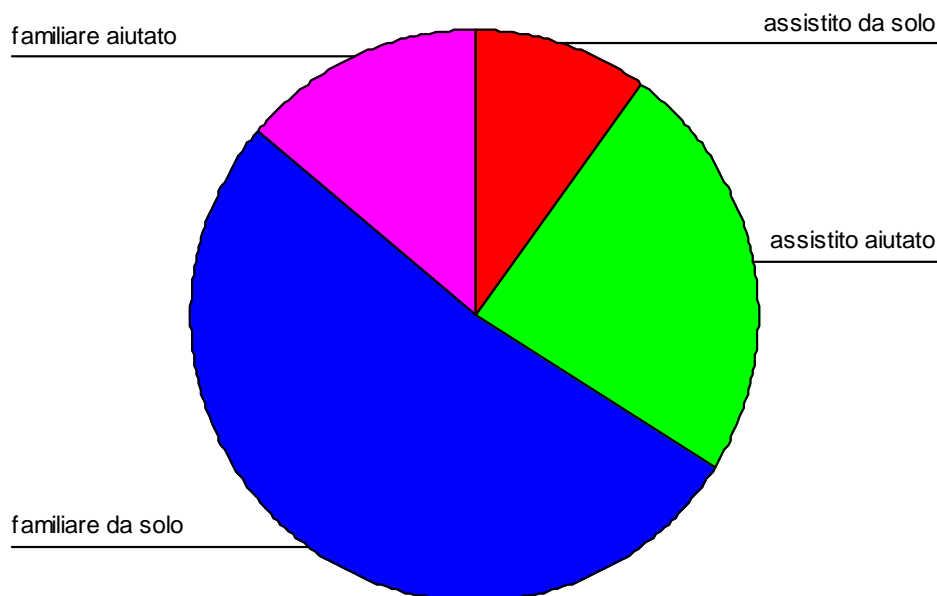
Nella parte conclusiva del questionario si è provveduto a rilevare alcuni dati della persona o delle persone (diverse dall'assistito) che hanno provveduto, oppure solamente contribuito, alla compilazione dello stesso (Tab. 40 e Fig. XXVI). Fin dalle primissime fasi della progettazione della ricerca, era infatti presente la consapevolezza che non sempre si sarebbe potuta riscontrare una perfetta coincidenza tra figura del compilatore con quella del malato, soprattutto nei casi di pazienti che usufruiscono di un servizio ad "alta intensità".

Tab. 40 – Compilatore del questionario

Compilatore	Frequency	%
assistito da solo	130	10,0
assistito aiutato	312	24,0
familiare da solo	680	52,2
familiare aiutato	180	13,8
Total	1302	100,0

43 missing cases.

Fig. XXVI – Compilatore del questionario



Sulla base dei dati raccolti possiamo così evidenziare che soltanto in 130 casi (10,0% delle risposte) l'intervista è stata realizzata esclusivamente dall'assistito, giacché in 312 casi (24,0%) questi risulta essere stato aiutato, in diversa misura, da terzi. Si deve inoltre registrare che la maggior parte dei questionari è stata compilata dai familiari del malato, da soli (680 casi, pari al 52,2%), oppure aiutati a loro volta da altre persone (13,8%).

In merito alle ragioni che possono spiegare un numero tanto basso d'utenti ADI in grado di rispondere autonomamente⁵⁶ ai quesiti dell'inchiesta, si è scelto di focalizzare l'attenzione principalmente su due fattori anagrafici: in primo luogo sull'età (Tab. 40.1) e, successivamente, sul titolo di studio (Tab. 40.2).

Tab. 40.1 – Età dell'assistito e compilatore del questionario

Età (in anni)	Compilatore				Total
	assistito da solo	assistito aiutato	familiare da solo	familiare aiutato	
fino a 40	6	1	9	9	25
%	24,0%	4,0%	36,0%	36,0%	100,0%
da 41 a 50	16	7	12	2	37
%	43,2%	18,9%	32,4%	5,4%	100,0%
da 51 a 60	23	14	27	10	74
%	31,1%	18,9%	36,5%	13,5%	100,0%
da 61 a 70	21	55	65	20	161
%	13,0%	34,2%	40,4%	12,4%	100,0%
da 71 a 80	43	107	158	47	355
%	12,1%	30,1%	44,5%	13,2%	100,0%
da 81 a 85	15	58	140	29	242
%	6,2%	24,0%	57,9%	12,0%	100,0%
più di 85	5	69	265	62	401
%	1,2%	17,2%	66,1%	15,5%	100,0%
Total	129	311	676	179	1295
	10,0%	24,0%	52,2%	13,8%	100,0%

50 missing cases.

Chi-quadro 186,620; df 18; livello di significatività 0,000 ($p < 0,05$).

Dall'analisi del rapporto esistente tra l'anzianità degli assistiti e l'eventuale aiuto da questi ricevuto, possiamo notare (prendendo in esame le righe riportanti le percentuali di risposta per le diverse fasce di anzianità) come ad età meno elevate (in genere fino a 60 anni) l'incidenza dei questionari compilati

esclusivamente dagli assistiti è maggiore di quanto non accada invece per fasce d'età più avanzate (dai 61 anni in poi). Del resto, solitamente per le persone anziane, specie se d'età piuttosto avanzata⁵⁷, per diversi motivi⁵⁸ può risultare più difficile, rispetto ad un giovane, avere dimestichezza con gli strumenti di rilevazione statistica, nonostante la relativa chiarezza e semplicità di questi ultimi.

Tab. 40.2 – Titolo di studio dell'assistito e compilatore del questionario

Titolo di studio	Compilatore				Total
	assistito da solo	assistito aiutato	familiare da solo	familiare aiutato	
nessuno	7	54	147	50	258
	2,7%	20,9%	57,0%	19,4%	100,0%
elementare	51	178	363	108	700
	7,3%	25,4%	51,9%	15,4%	100,0%
media	25	32	76	6	139
	18,0%	23,0%	54,7%	4,3%	100,0%
professionale	9	10	24	3	46
	19,6%	21,7%	52,2%	6,5%	100,0%
superiore	21	16	37	3	77
	27,3%	20,8%	48,1%	3,9%	100,0%
laurea	9	8	16	4	37
	24,3%	21,6%	43,2%	10,8%	100,0%
Total	122	298	663	174	1257
	9,7%	23,7%	52,7%	13,8%	100,0%

88 missing cases.

Chi-quadrato 92,105; df 15; livello di significatività 0,000 ($p < 0,05$)

Dalla tabella 40.2 si può quindi evidenziare come effettivamente ad un livello di istruzione superiore corrisponda un'incidenza maggiore degli assistiti in merito ad un'effettiva loro compilazione del questionario.

Volendo quindi comprendere quali siano state le persone che abbiano effettivamente risposto alle domande del questionario, o che perlomeno abbiano contribuito a farlo, possiamo prendere in esame i dati sotto esposti (Tab. 41).

⁵⁶ Fermo restando un'eventuale riserva metodologica che comporta un riesame dello strumento d'indagine adottato, per evidenziarne possibili punti oscuri o non immediatamente comprensibili.

⁵⁷ Gli over 85enni del campione ammontano a 412 persone, pari al 30,12% degli utenti a cui il questionario è stato recapitato.

⁵⁸ Occorre precisare che, malgrado quanto si poteva logicamente presupporre, non è stato riscontrato dalle disamine svolte un effettivo rapporto tra il livello d'intensità delle prestazioni e la figura del compilatore del questionario.

Tab. 41 – Compilatore del questionario diverso dall'assistito

Compilatore	Count	% of responses	% of cases
un familiare	601	81,7	83,6
altro/i	50	6,8	7,0
un amico	49	6,7	6,8
un infermiere (*)	19	2,6	2,6
Medico (*)	17	2,3	2,4
Total responses	736	100,0	102,4

626 missing cases; 719 valid cases.

(*) La domanda prevedeva la possibilità che anche il personale medico-infermieristico potesse compilare il questionario qualora ovviamente l'utente, privo di familiari o amici, fosse impossibilitato a rispondere in modo autonomo. I casi in cui questo è avvenuto sono risultati in un numero non particolarmente elevato e di conseguenze sono comunque stati considerati validi, sebbene ci si riservi la possibilità di escluderli nel caso di prossime indagini e di modificare le opzioni di risposta a questa domanda.

Sebbene risulti una certa quantità di casi mancanti (626 sul totale) la tendenza appare generalmente chiara. Possiamo così evidenziare come nell'81,7% delle risposte, la figura che più è intervenuta per la redazione del questionario corrisponde a quella di un familiare dell'assistito, seguita, a lunga distanza, da quella di terzi non legati al malato tramite rapporti di parentela o di servizio⁵⁹ (50 casi), e, immediatamente dopo, da amici (49).

Visto il rilevante numero di questionari compilati in parte o del tutto da persone diverse dall'assistito, è stata fatta un'indagine per verificare se vi fossero differenze nei giudizi in base a chi avesse compilato il questionario. Dalle analisi svolte, di cui presentiamo complessivamente una singola tabella (Tab. 42), a titolo d'esempio, si è potuto concludere che, in genere, i giudizi dati dall'assistito che ha risposto autonomamente e quelli dati da questi aiutato, oppure direttamente da terzi, non presentano tra loro discrepanze significative.

⁵⁹ Delle persone che hanno specificato la propria relazione col malato (in totale 24), ne abbiamo registrate 8 (33,3% delle risposte) che si sono dichiarate operatori dei servizi sociali e 4 (16,7%) come volontari.

Tab. 42 – Compilatore e voto complessivo al servizio ADI ricevuto

Compilatore	Voto					Total
	da 1 a 4	5	6	da 7 a 9	10	
assistito da solo	1	1	6	75	45	128
%	,8%	,8%	4,7%	58,6%	35,2%	100,0%
assistito aiutato	4	5	20	197	78	304
%	1,3%	1,6%	6,6%	64,8%	25,7%	100,0%
familiare da solo	5	8	32	417	198	660
%	,8%	1,2%	4,8%	63,2%	30,0%	100,0%
familiare aiutato	3	3	7	114	51	178
%	1,7%	1,7%	3,9%	64,0%	28,7%	100,0%
Total	13	17	65	803	372	1270
%	1,0%	1,3%	5,1%	63,2%	29,3%	100,0%

75 missing cases.

Chi-quadro 7,774; df 12; per un livello di significatività di 0,803 ($p > 0,05$).

Andando quindi ad esporre le altre caratteristiche registrate delle persone che, a vario titolo, hanno partecipato alla compilazione del questionario, si dimostra come predominante il ruolo rivestito dalle donne⁶⁰ (Tab. 43) – 63,9% delle risposte – rispetto a quello degli uomini (36,1%).

Tab. 43 – Sesso del compilatore, diverso dall'assistito

Sesso	Frequency	%
femmina	713	63,9
maschio	402	36,1
Total	1115	100,0

230 missing cases.

In merito, invece, all'età del compilatore (Tab. 44) possiamo vedere come le fasce d'età meno rappresentate sono, ovviamente, quelle più avanzate (gli over 81enni ammontano soltanto a 46, per il 4,1% delle risposte). Da notare anche la bassa percentuale di persone di età inferiore ai 40 anni (11,7%)⁶¹.

⁶⁰ Questo dato, può essere un fattore interessante da rilevare, magari per studi futuri. Appare, infatti, da questo che la cura dei malati, in questo caso assistiti ADI, mostra ancora una netta predominanza della componente femminile, anche considerando il grande numero di familiari che hanno collaborato alla redazione del questionario.

⁶¹ Appare chiaro, parlando di familiari, che risulta ipotizzabile il fatto che l'assistenza sia delegata a persone in età media o inoltrata, in quanto possono risultare spesso, anche se non sempre, maggiormente libere da impegni lavorativi.

Tab. 44 – Età del compilatore, diverso dall'assistito

Età (in anni)	Frequency	%
fino a 40	132	11,7
tra 41 e 50	218	19,4
tra 51 e 60	317	28,2
tra 61 e 70	281	25,0
tra 71 e 80	131	11,6
tra 81 e 85	26	2,3
più di 85	20	1,8
Total	1125	100,0

220 missing cases.

Per quanto riguarda il titolo di studio (Tab. 45) si può notare che, a differenza degli utenti del servizio ADI (vedasi la Tab. 7), trattandosi più frequentemente di persone appartenenti a generazioni successive, presentano un livello d'istruzione superiore.

Tab. 45 – Titolo di studio del compilatore, diverso dall'assistito

Titolo di studio	Frequency	%
nessun titolo	23	2,1
licenza elementare	306	27,4
licenza media inferiore	273	24,5
qualifica professionale	99	8,9
licenza media superiore	300	26,9
diploma di laurea	114	10,2
Total	1115	100,0

230 missing cases.

Anche considerando la professione del compilatore (Tab.46), e confrontandola con quelle degli assistiti (vedasi Tab. 8), possiamo notare, alla luce di quanto illustrato finora, un maggior numero di lavoratori (36,8% contro il precedente 2,2%), con una notevole, minore incidenza relativa dei pensionati (solamente il 48,0%, a fronte di un precedente 86,8%). Da notare, infine, l'incremento del numero delle casalinghe (il 10,9% contro il 5,5%).

Tab. 46 – Professione del compilatore, diverso dall'assistito

Professione	Frequency	%
pensionato	537	48,0
lavoratore	411	36,8
casalinga	122	10,9
non occupato	24	2,1
Studente	24	2,1
Total	1118	100,0

227 missing cases.

Infine, andando a sondare il grado di parentela tra il compilatore e l'assistito (Tab. 47), nonché la frequenza con cui il primo è a contatto col secondo (Tab. 48), possiamo notare che la maggior parte di coloro che hanno contribuito a compilare i questionari sono parenti stretti del malato (81,2%), di norma spesso quotidianamente in contatto con lui (87,8% dei casi). Possiamo perciò considerarli, in genere, come testimoni autorevoli delle condizioni dell'assistito, nonché delle prestazioni effettuate dagli operatori nei suoi confronti.

Tab. 47 – Parentela del compilatore con l'assistito

Parentela	Frequency	%
figlia/figlio	611	56,5
coniuge	224	20,7
altra parentela	203	18,8
fratello/sorella	43	4,0
Total	1081	100,0

264 missing cases.

Tab. 48 – Vicinanza del compilatore con l'assistito

Frequenza	Frequency	%
tutti i giorni	490	45,0
convivenza	467	42,8
qualche giorno alla settimana	106	9,7
raramente	27	2,5
Total	1090	100,0

255 missing cases.

3. Conclusioni

Quest'ultima parte del rapporto è dedicata all'esposizione delle conclusioni derivanti dalle analisi e dalle rilevazioni compiute nell'intera ricerca. Nello specifico, il presente capitolo si divide a sua volta in due parti, di cui la prima è rivolta alla sintesi delle informazioni elaborate nei paragrafi precedenti e la seconda, invece, è dedicata alle osservazioni metodologiche che si possono produrre in merito allo strumento di rilevazione adottato per le interviste.

3.1. Conclusioni sul servizio ADI

La presente indagine sulla soddisfazione e sulla qualità dal lato degli utenti del servizio di assistenza domiciliare integrata, per l'intero territorio dell'Emilia-Romagna, ha avuto come base statistica di rilevazione un campione di utenti piuttosto vasto, pari a 1345 persone⁶², ciascuna afferente ad una delle 9 Ausl⁶³ che hanno partecipato alla ricerca.

Complessivamente, possiamo evidenziare come, in generale, la soddisfazione degli assistiti e dei loro familiari, nei confronti del servizio prestato, si sia attestata su valori decisamente elevati⁶⁴, sia per quanto riguarda il giudizio complessivo che per i singoli e diversi aspetti indagati.

Basta, infatti, esaminare i dati illustrati nella tabella 37 per avere un riscontro immediato dell'alto livello di gradimento dimostrato. Fra gli intervistati, addirittura il 97,5% si è dichiarato complessivamente soddisfatto o molto soddisfatto dell'assistenza ricevuta, a fronte dell'appena 2,5% di coloro che hanno evidenziato pareri poco o abbastanza negativi. Inoltre, se consideriamo la valutazione espressa in termini di voto complessivo (da 1 a 10) attribuita al servizio, possiamo notare come la media regionale si attesti su un punteggio decisamente elevato (8,51).

Riguardo ai singoli elementi indagati, la tab.49 mostra giudizi più che buoni, con valutazioni medie che superano sempre il valore 3⁶⁵.

⁶² Dalle analisi dei dati anagrafici degli assistiti ADI costituenti il campione, possiamo asserire che, mediamente, coloro che usufruiscono del servizio sono più donne (59,5%) che uomini (40,5%) (Tab. 5), di età avanzata (27,5%) o molto avanzata (49,9%) (Tab. 6), con un bassissimo (76,1%) o basso (11,1%) livello di istruzione (Tab. 7), e in netta prevalenza pensionati (86,8%) (Tab. 8).

⁶³ Bologna città, Bologna nord, Forlì, Ferrara, Imola, Modena, Parma, Piacenza e Rimini.

⁶⁴ Sebbene in merito sussistano delle lievi differenze, solitamente non sostanziali, tra le varie Ausl.

⁶⁵ In questo caso la scala di valutazione a 4 opzioni è stata trattata come scala a 4 valori numerici: 1= per nulla soddisfacente, 2= poco soddisfacente, 3= abbastanza soddisfacente, 4= molto soddisfacente.

Tab. 49.-.Medie delle valutazioni

Elemento	Media
Accessibilità	3,18
Tempo di attesa	3,12
Informazioni sulle prestazioni	3,28
Informazioni sui tempi	3,26
Informazioni sugli orari	3,28
Rispetto della privacy	3,81
Gentilezza degli operatori	3,77
Attenzione degli operatori	3,58
Adeguatezza orari	3,37
Informazioni sullo stato di salute	3,12
Frequenza dell'intervento	3,30
Rapidità dell'intervento	3,30
Rispetto degli orari	3,39
Continuità degli operatori	3,18
Rapporto con gli operatori	3,55
Appropriatezza delle prestazioni	3,41
Utilità delle prestazioni	3,69
Valutazione complessiva (da 1 a 10)	8,51

Il parere complessivo degli intervistati sul grado di **accessibilità** del servizio è in genere (87,9% dei casi – Tab.10) abbastanza o molto positivo, così come appare favorevole il giudizio sulla congruità dell'attesa per la sua attivazione (83,9% - Tab.13).

Tra le **figure che hanno messo l'utente a conoscenza del servizio**, vanno in primo luogo annoverati i medici di medicina generale (con 686 risposte su 1417 – Tab. 9), a riprova di quanto risulti imprescindibile il loro ruolo in qualità di gatekeeper (traduzione: "attivatore dell'accesso") del processo. Seguono quindi, in ordine di rilevanza, i medici operanti nelle strutture ospedaliere, gli assistenti sociali, i familiari e i conoscenti dell'assistito, nonché gli infermieri.

Passando quindi a considerare le **informazioni** inerenti al servizio (Tab. 14, 15 e 16) che sono state fornite dagli operatori agli assistiti e ai loro familiari, possiamo evidenziare come queste siano state considerate generalmente chiare e comprensibili.

Entrando poi nel merito, vero e proprio, delle prestazioni, possiamo notare come i **professionisti che maggiormente operano** presso il domicilio degli utenti (Tab. 17) siano risultati gli infermieri (44,2% delle risposte), seguiti dai medici di famiglia (31,8%) e, successivamente, dai medici specialisti (10,4%) assieme agli assistenti sociali (10,2%).

Se si considerano i casi in cui gli assistiti si sono trovati ad affrontare delle **esigenze improvvise** ed impreviste di tipo sanitario, gli operatori a cui hanno fatto più ricorso (Tab. 20) sono stati i medici di medicina generale (40,6% delle

risposte), seguiti dagli infermieri (38,9% delle risposte) e, a lunga distanza, da altri profili di operatori e non.

La **professionalità**, la **discrezione** e il **comportamento tenuto dagli operatori** sono stati giudicati, globalmente, in maniera più che positiva (Tab. 24, 25 e 26), così come le **informazioni date sullo stato di salute del malato** (Tab. 27)⁶⁶. Ancora decisamente favorevoli si presentano le valutazioni sugli **orari** concordati e sull'effettiva **frequenza** degli interventi (Tab. 28, 29 e 30). Gli intervistati si sono dimostrati invece lievemente meno soddisfatti (ma il giudizio, comunque, è mediamente buono) per il fatto che si possa verificare un certo **turnover** del personale (Tab. 31), elemento, questo, che può ridurre l'efficacia dell'assistenza. Ad ulteriore riprova dell'elevato grado di soddisfazione degli utenti, possiamo quindi riportare un dato più che lusinghiero, esposto nella Tabella 32, che fa ammontare al 97,1% la quota di intervistati che dichiara di essere abbastanza o molto contenta del proprio **rapporto coi professionisti** dell'ADI.

Sulla scorta di quanto visto finora, appare quasi consequenziale poter sottolineare (Tab. 33) il riconoscimento, da parte degli intervistati, della **positività** delle prestazioni ricevute (96,5%)⁶⁷, assieme ai giudizi specifici in merito alle prestazioni sanitarie effettuate (Tab. 35 e 36), sebbene sussistano, anche in questo frangente, alcune diversità tra le rispettive Ausl.

Appare inoltre interessante porre attenzione anche ai suggerimenti che una parte comunque significativa degli intervistati ha tenuto ad esporre, al fine di contribuire attivamente al miglioramento del servizio (Tab. 38 e 39). Da questi sono derivate principalmente alcune necessità, di cui elenchiamo di seguito solamente le più ricorrenti, che gli utenti hanno fatto presenti: riuscire a provvedere a fornire un'assistenza più estesa ai malati, in grado di coprire anche le ore notturne e i giorni festivi, incrementare gli aiuti per le esigenze della quotidianità, fornire una maggiore assistenza specialistica domiciliare, nonché soddisfare il bisogno del malato e dei suoi familiari di un adeguato aiuto informativo e, soprattutto, psicologico.

⁶⁶ Si devono però notare la presenza di alcune differenze di giudizio registrate tra gli utenti delle diverse Ausl.

⁶⁷ Tra coloro che non hanno espresso il loro assenso dandone motivazioni, il 14,7% ha dichiarato che il motivo della mancata utilità era dovuto principalmente all'aggravarsi della patologia dell'assistito, piuttosto che un disservizio del personale.

A questo punto è possibile, attraverso elaborazioni statistiche più raffinate, analizzare congiuntamente per ogni elemento indagato il livello di gradimento con quello dell'importanza relativa⁶⁸. In altre parole è possibile evidenziare quanto ogni singolo aspetto dell'assistenza pesa sulla valutazione complessiva del servizio.

In questo modo si delinea una **“mappa di priorità”** che distingue 4 diverse aree:

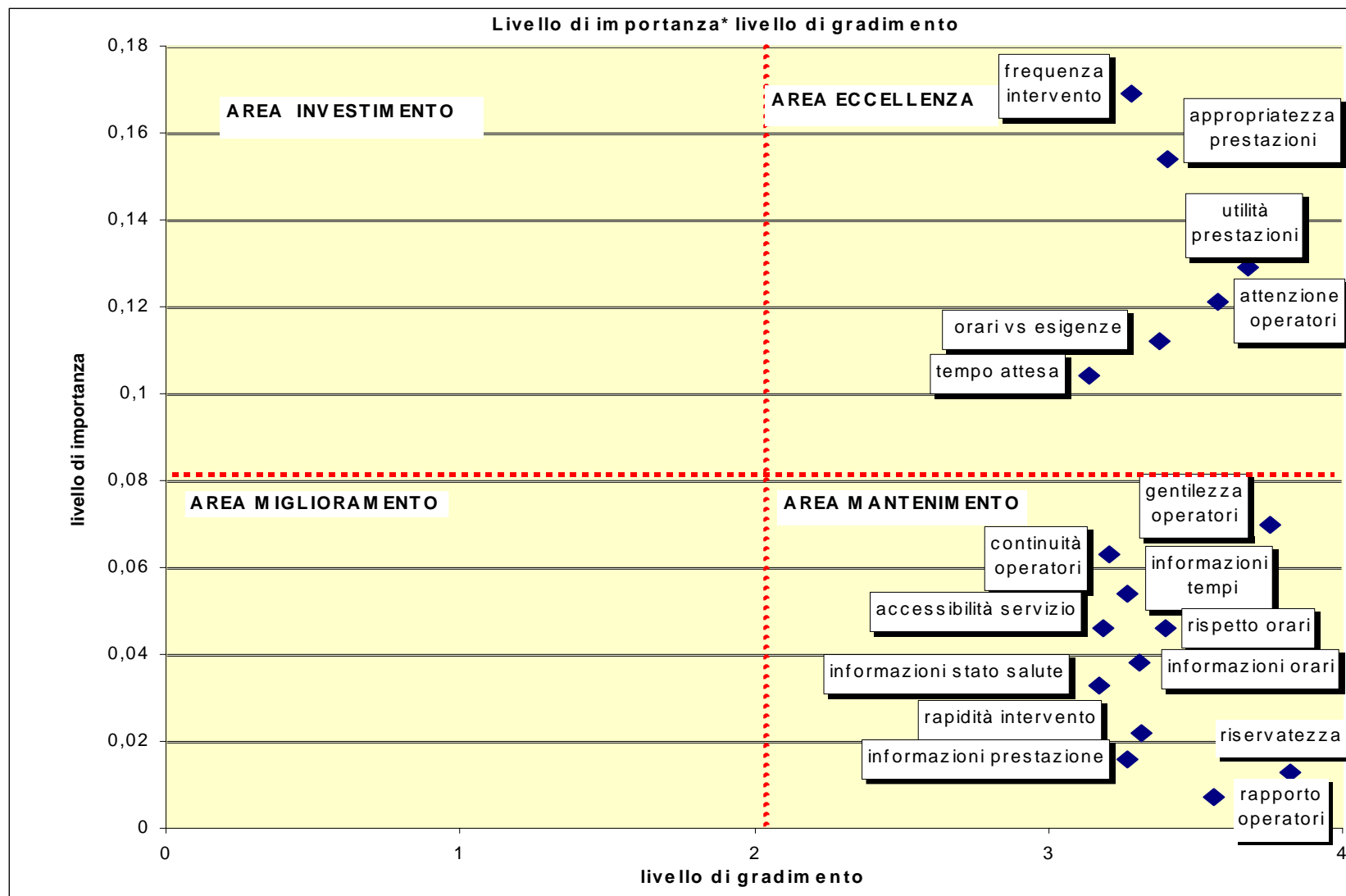
- **Area di eccellenza**: composta dagli elementi che ottengono giudizi positivi e che allo stesso tempo risultano per gli intervistati anche i più importanti. Sono questi gli elementi che rappresentano i punti di eccellenza del servizio.

- **Area di mantenimento**: composta da tutti gli elementi che ottengono giudizi positivi abbinati a livelli meno alti di importanza. Sono cioè aspetti che, sebbene valutati positivamente, sembrano incidere poco sulla valutazione finale complessiva del servizio e su cui ha pertanto senso non attivare particolari azioni di miglioramento, ma solo attività di monitoraggio.

- **Area di investimento prioritario**: in questo gruppo rientrano tutti gli elementi che ottengono bassi livelli di gradimento, ma che risultano allo stesso tempo particolarmente importanti per gli utenti. È questa l'area su cui attivare azioni di miglioramento prioritario.

- **Area di miglioramento secondario**: composta da tutti gli aspetti che, sebbene siano giudicati poco positivamente, sembrano non essere particolarmente importanti e significativi rispetto alla valutazione complessiva del servizio. Sono pertanto elementi del servizio su cui attivare azioni di miglioramento solo successivamente a quelle prioritarie.

⁶⁸ Il calcolo del livello di gradimento è stato effettuato tramite l'analisi delle medie e viene riportato sull'asse orizzontale il valore medio; quello dell'importanza è stato effettuato attraverso una regressione e viene riportato sull'asse verticale il coefficiente Beta.



Come emerge dalla figura, nel caso dell'ADI:

- tutti gli aspetti indagati ottengono valutazioni positive e **non emergono pertanto aree critiche o elementi su cui attivare azioni di miglioramento**
- gli aspetti che coniugano elevati livelli di gradimento e di importanza e che possono pertanto essere considerati **aspetti di eccellenza** del servizio sono la frequenza dell'intervento, l'appropriatezza e l'utilità delle prestazioni, nonché l'attenzione che gli operatori dedicano alle esigenze degli utenti, il fatto che gli orari risultino adeguati ai bisogni e i tempi di attesa per ricevere il servizio.
- tutti gli altri aspetti indagati si collocano nell'**area di mantenimento** e vanno pertanto monitorati, ma non sembrano richiedere particolari attenzioni.

Possiamo pertanto indubbiamente evidenziare come la qualità dell'assistenza domiciliare percepita dall'utente (e dai propri familiari) sia stata contrassegnata generalmente come molto alta, a cominciare dalla soddisfazione per il comportamento degli operatori fino ad arrivare alla concreta valenza delle prestazioni ricevute.

Vanno però evidenziate alcune cautele.

In primo luogo, tutti i dati qui presentati, compresa la mappa delle priorità, si riferiscono all'insieme delle nove Aziende USL e potrebbero pertanto non coincidere con quelli delle singole realtà e con le mappe delle priorità, eventualmente derivate dai dati di ogni azienda. Si invita pertanto ogni Azienda USL a leggere con attenzione anche il proprio report e approfondire le analisi, attraverso la lettura dei singoli questionari e dei suggerimenti in essi contenuti, per attivare eventualmente azioni specifiche di miglioramento.

In secondo luogo proprio gli elementi che oggi appaiono come quelli di eccellenza del servizio, perché ottengono valutazioni molto positive, se non opportunamente presidiati nel tempo, potrebbero perdere gradimento e "scivolare" nell'area di investimento prioritario, con ripercussioni sulla qualità complessiva del servizio stesso, a livello sia regionale che aziendale.

3.2. Rilevazioni metodologiche sul questionario

Quest'ultima parte del rapporto è dedicata interamente all'analisi del questionario adottato per la rilevazione dei dati, al fine di realizzare l'obiettivo che, in sede di progettazione, si richiedeva a questo studio: l'ulteriore affinamento del metodo di rilevazione impiegato. In proposito occorre qui sottolineare che, se è vero che il questionario già rappresentava il risultato di miglioramenti avvenuti in precedenti esperienze di ricerca, non era comunque mai stato impiegato in un'analisi che contemplasse la sua applicazione su diversi contesti e da parte di molteplici operatori, come è avvenuto per le realtà delle 9 Ausl esaminate. Ciò ha fatto sì che, in parte già nel corso delle fasi operative dell'indagine, ma soprattutto nello svolgersi dello studio delle informazioni, siano emersi diversi punti di criticità, che ora ci accingiamo ad illustrare.

In primo luogo si deve evidenziare il tema delle domande aperte. Questo tipo di quesiti, invero mediamente impiegato nell'economia del questionario, alla prova dei fatti non è stato eccessivamente sfruttato dagli intervistati. Il tentativo di alternare alle risposte pre-codificate, fisiologicamente foriere di possibili errori d'approssimazione e/o fraintendimenti, spazi liberi che potessero essere compilati dagli utenti, non è quindi risultato pienamente proficuo. Probabilmente ciò è da imputarsi sia alle caratteristiche anagrafiche degli assistiti sia, ipotizziamo, ad una certa lunghezza del questionario. Tuttavia per ovviare alle problematiche appena elencate e per, in generale, potenziare la validità dello strumento conoscitivo adottato, si possono suggerire alcuni possibili accorgimenti.

Considerando il fatto che la metodologia migliore per permettere agli intervistati di esprimere maggiormente le proprie considerazioni ed i propri vissuti sussiste nell'intervista faccia a faccia, un'indicazione sarebbe certamente quella, qualora ve ne fosse la possibilità (in termini di risorse e tempi), d'effettuare una serie (ovviamente ridotta) d'interviste in profondità su un campione mirato di utenti, a cui si potrebbero aggiungere dei focus group condotti con testimoni qualificati del servizio. Sarebbe inoltre molto interessante poter operare un certo numero di interviste mediante la tecnica della foto-stimolo, oppure della produzione soggettiva di immagini, magari realizzando anche una sorta di micro-indagine di ordine etnografico mediante osservazione partecipante.

Nell'eventualità che ciò non fosse applicabile⁶⁹, visti l'impegno e le disponibilità che queste tecniche comportano, si potrebbe provvedere da una parte a ridurre la lunghezza del questionario (tramite l'eliminazione di alcune domande e la variazione di altre, come vedremo di seguito) e dall'altra ad

aumentare lo spazio riservato alla risposta, che in molti casi è sembrato un po' ridotto.

Infine si suggerisce sicuramente d'effettuare l'accorpamento delle domande aperte 46 e 47 in una soltanto, che le abbracci e sintetizzi contemporaneamente⁷⁰.

In secondo luogo si è dovuta rilevare una certa ridondanza di taluni quesiti, che se da un lato hanno svolto la funzione di test di convalida, dall'altro hanno finito con l'appesantire uno strumento forse già di per sé complesso. Alla luce di quanto appena sottolineato, si suggerisce perciò di ridurre ad una le domande 13 e 14 sul tempo d'attesa⁷¹ per l'accesso effettivo al servizio ADI, le domande 31 e 33 su frequenza ed orari d'intervento degli operatori⁷², nonché le domande 42 e 43 su appropriatezza ed utilità delle prestazioni sanitarie fornite.

Si deve inoltre registrare il caso peculiare rappresentato dal complesso dei quesiti che va dal numero 15 al numero 18, assieme a quello dato dai numeri 34, 35 e 36. Difatti, sebbene le intenzioni fossero quelle di rilevare le difficoltà insorte durante il normale svolgimento delle prestazioni ADI (prima tranche) e il sorgere invece di problemi non previsti dal piano di cura, anche in momenti non coincidenti con quelli specifici dell'assistenza domiciliare (seconda tranche), dalle risposte rilasciate dagli intervistati è lecito sospettare un possibile fraintendimento del senso teoricamente previsto, da cui ne è derivata una certa sovrapposizione dei dati raccolti. Per ovviare ad ulteriori rischi di confusione, si possono dunque indicare tre alternative possibili da seguire: a) integrare le due serie di domande in una unica; b) cercare di riformularne il testo per renderlo più comprensibile; c) focalizzare la prima tranche di domande sul periodo antecedente il servizio ADI, per paragonarlo al successivo periodo di effettiva ricezione delle prestazioni domiciliari⁷³.

Questi accorgimenti, come già evidenziato, oltre ad evitare la ridondanza ed un ancor più grave insorgere di qualche eventuale dubbio interpretativo⁷⁴ da parte degli utenti, mirano a ridurre la lunghezza complessiva del questionario, giudicata eccessiva, specialmente in relazione al fatto che la compilazione dello stesso non prevedeva l'intervento di alcun intervistatore.

Sarebbe inoltre opportuno utilizzare un'unica scala di valutazione per misurare il livello di soddisfazione di tutti gli aspetti indagati, invece che due

⁶⁹ Tuttavia parrebbe alquanto proficuo perlomeno tentare di porre in essere simili strumenti di rilevazione, magari utilizzando un singolo campione aziendale in qualità di test di prova.

⁷⁰ Diversi intervistati hanno dato risposte analoghe ad entrambe, come si può notare, peraltro, anche dall'analisi compiuta nella parte descrittiva del capitolo.

⁷¹ Oppure, in alternativa, di differenziarne meglio il target dell'item ed il testo del quesito.

⁷² Facendole seguire dalla domanda 32, che può restare invariata, salvo qualche aggiustamento del caso

⁷³ Questa soluzione varrebbe forse la pena di portarla avanti comunque, anche a fronte dell'adozione di una delle due precedenti.


⁷⁴ Che pure è una costante e mai del tutto eliminabile fonte di errori per ogni tipo di rilevazione statistica.

differenti tipi, come nel caso di questa ricerca che ha proposto per la valutazione complessiva finale del servizio una scala numerica da 1 a 10 e per tutti gli altri elementi una scala a 4 opzioni (molto, abbastanza, poco, per nulla).

Infine, non si può non evidenziare la completa mancanza di domande che prevedano perlomeno l'inquadramento del tipo di patologia dell'assistito, con un eventuale accenno alle problematiche inerenti. In proposito, sebbene il tema appare certamente delicato, sarebbe opportuno studiare un mezzo per poterne ricavare specificatamente delle notizie.

3.3. Allegati alla parte conclusiva

Allegato A1 – Il questionario

LOGO AZIENDA	QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA A DOMICILIO	 <small>AGENZIA SANITARIA REGIONALE</small>
-------------------------	---	---

(DA COMPILARE DA PARTE DELL'ASSISTITO O DI UN FAMILARE SE L'ASSISTITO NON PUÓ COMPILARLO PERSONALMENTE)

(Le domande riguardano solo l'assistenza sanitaria, cioè medico-infermieristica)

1. AUSL che eroga il servizio (pre-compilato).....
2. Distretto (pre-compilato).....
3. Livello di assistenza (pre-compilato):
 1^ 2^ 3^
4. Tipo di assistenza domiciliare (pre-compilato):
 a tempo determinato a tempo indeterminato

DATI STATISTICI DELL'ASSISTITO

Le chiediamo cortesemente di barrare le caselle che La riguardano (o riguardano il suo familiare assistito), in quanto l'analisi dei dati ci potrà consentire di capire le caratteristiche di coloro che usufruiscono di un servizio di assistenza sanitaria domiciliare.

5.	SESSO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	maschio		femmina
6.	ETÀ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	meno di 18 anni		tra 61 e 70 anni
	tra 18 e 30 anni	<input type="checkbox"/>	tra 71 e 80 anni
	tra 31 e 40 anni	<input type="checkbox"/>	tra 81 e 85 anni
	tra 41 e 50 anni	<input type="checkbox"/>	più di 85 anni
	tra 51 e 60 anni	<input type="checkbox"/>	
7.	TITOLO DI STUDIO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nessuno di titolo di studio		qualifica professionale
	licenza elementare	<input type="checkbox"/>	licenza media superiore
	licenza media inferiore	<input type="checkbox"/>	diploma di laurea
8.	CONDIZIONE PROFESSIONALE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	lavoratore	<input type="checkbox"/>	pensionato
	studente	<input type="checkbox"/>	casalinga
		<input type="checkbox"/>	non occupato

PRIMA DI AVERE IL SERVIZIO

Con queste domande Le chiediamo di parlarci dei modi e dei tempi con cui ha saputo della possibilità di ricevere Assistenza sanitaria a Domicilio, di cosa ha dovuto fare per richiederla e di quanto ci è voluto perché Lei (o il suo familiare) potesse godere effettivamente del servizio.

9. Chi l'ha informata circa la possibilità di avere un Servizio a Domicilio con prestazioni di tipo sanitario?

un amico / un parente	<input type="checkbox"/>	il medico di famiglia	<input type="checkbox"/>
un infermiere	<input type="checkbox"/>	l'assistente sociale	<input type="checkbox"/>
un medico dell'ospedale	<input type="checkbox"/>	altro/i (precisare chi.....)	<input type="checkbox"/>

10. Le è sembrato semplice o complicato il percorso per avere il Servizio a Domicilio?

molto complicato	<input type="checkbox"/>	sufficientemente semplice	<input type="checkbox"/>
abbastanza complicato	<input type="checkbox"/>	molto semplice	<input type="checkbox"/>

11. Se il percorso Le è sembrato "molto complicato" o "abbastanza complicato", per quali ragioni?

.....

.....

12. Quanto tempo ha dovuto aspettare prima di poter usufruire della Assistenza Sanitaria a Domicilio dal momento della richiesta?
Indicare il numero di giorni

13. Rispetto alle Sue esigenze (o a quelle del suo familiare) ritiene questo tempo di attesa:

molto lungo	<input type="checkbox"/>	sufficientemente breve	<input type="checkbox"/>
abbastanza lungo	<input type="checkbox"/>	molto breve	<input type="checkbox"/>

14. Rispetto alle Sue esigenze (o a quelle del suo familiare) il tempo di attesa vi ha creato problemi, cioè è stato:

molto inadeguato	<input type="checkbox"/>	sufficientemente adeguato	<input type="checkbox"/>
abbastanza inadeguato	<input type="checkbox"/>	molto adeguato	<input type="checkbox"/>

15. Durante il periodo di Assistenza Sanitaria a Domicilio ha mai dovuto affrontare impreviste difficoltà di tipo sanitario?

sì no

16. Se ha risposto di sì, in quale occasione, per quali motivi?

.....

.....

17. In caso di impreviste difficoltà di tipo sanitario, ha trovato un operatore del Servizio a Domicilio che l'ha aiutata?

sì no

18. Se sì, chi?

il medico di famiglia	<input type="checkbox"/>	l'assistente sociale	<input type="checkbox"/>
l'infermiere	<input type="checkbox"/>	nessuno	<input type="checkbox"/>
altro/i (precisare chi.....)	<input type="checkbox"/>		

19. Come giudica le informazioni sulle PRESTAZIONI fornite dai professionisti coinvolti nell'Assistenza Sanitaria a domicilio (medico, infermiere, medico specialista, ecc...)?

per nulla chiare poco chiare abbastanza chiare molto chiare

20. E le informazioni sui TEMPI di inizio e di durata dell'assistenza?

per nulla chiare poco chiare abbastanza chiare molto chiare

21. E le informazioni sugli ORARI in cui sarebbero venuti a casa?

per nulla chiare poco chiare abbastanza chiare molto chiare

IL SERVIZIO RICEVUTO (O CHE STA RICEVENDO)

Con queste domande Le chiediamo di parlarci del tipo di servizio di Assistenza sanitaria a Domicilio che sta ricevendo o che ha ricevuto, e di esprimere una serie di valutazioni sulla qualità del servizio, sulla base della Sua esperienza personale.

22. Quali sono gli Operatori che vengono (o sono venuti) a domicilio?

medico di famiglia	<input type="checkbox"/>	infermiere	<input type="checkbox"/>
assistente sociale	<input type="checkbox"/>	medico specialista	<input type="checkbox"/>
altro/i	(precisare chi.....)		<input type="checkbox"/>

23. Il Servizio di cui usufruisce prevede anche un aiuto nell'affrontare problemi di assistenza quotidiana?

Igiene personale	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cura del corpo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Gestione della casa	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

24. Se ha risposto di no ad una delle possibilità precedenti, per quali di queste attività ritiene di avere bisogno di ulteriore aiuto?

Igiene personale	<input type="checkbox"/>
Cura del corpo	<input type="checkbox"/>
Gestione della casa	<input type="checkbox"/>

25. A chi pensa di rivolgersi (o a chi si è già rivolto) per un aiuto?

medico di famiglia	<input type="checkbox"/>
infermiere	<input type="checkbox"/>
assistente sociale	<input type="checkbox"/>
medico specialista	<input type="checkbox"/>
altro/i (precisare chi.....)	<input type="checkbox"/>

26. Gli Operatori che vengono al suo domicilio rispettano la sua riservatezza (intromissione negli affari della famiglia, raccontare in giro gli affari della famiglia, non rispettare il senso del pudore o la dignità)?

per nulla poco abbastanza molto

27. Se la sua risposta è stata "per nulla" o "poco", precisi i motivi del mancato rispetto:

.....

28. Come giudica il comportamento tenuto dagli Operatori nei Suoi confronti in riferimento alla GENTILEZZA ?

per nulla gentili poco gentili abbastanza gentili molto gentili

29. E in riferimento all'ATTENZIONE VERSO LE SUE ESIGENZE?

per nulla attenti poco attenti abbastanza attenti molto attenti

30. E in riferimento alle INFORMAZIONI SULLA SUA SITUAZIONE SANITARIA?

nessuna informazione abbastanza informazioni
poche informazioni molte informazioni

31. Gli orari in cui gli Operatori vengono al suo domicilio rispettano le sue esigenze?

per nulla poco abbastanza molto

32. Se la sua risposta è stata "per nulla" o "poco", potrebbe indicare perché e quale tipo di operatore non rispetta le sue esigenze?

.....
.....
.....

33. Come ritiene la frequenza con cui gli Operatori vengono a domicilio per rispondere ai suoi problemi?

per nulla soddisfacente abbastanza soddisfacente
poco soddisfacente molto soddisfacente

34. Si sono mai presentati dei bisogni sanitari urgenti, al di fuori di quanto concordato nel suo piano di cura?

sì no

35. Se sì, chi è intervenuto?

medico di famiglia
infermiere
assistente sociale
medico specialista
altro/i (precisare chi.....)

36. Gli Operatori sono intervenuti in modo rapido?

per nulla poco abbastanza molto

37. Nel corso del trattamento programmato come valuta la continuità del servizio per quanto riguarda i TEMPI: gli operatori rispettano gli orari?

continuità per nulla soddisfacente continuità abbastanza soddisfacente
continuità poco soddisfacente continuità molto soddisfacente

38. Nel corso del trattamento programmato come valuta la continuità del servizio per quanto riguarda gli OPERATORI: vengono sempre gli stessi operatori?

continuità per nulla soddisfacente continuità abbastanza soddisfacente
continuità poco soddisfacente continuità molto soddisfacente

39. Come giudica i suoi rapporti con gli Operatori che fanno il servizio a domicilio?

per nulla soddisfacenti abbastanza soddisfacenti
poco soddisfacenti molto soddisfacenti

I RISULTATI

Con queste domande Le chiediamo di esprimere delle valutazioni sull'utilità che il servizio di Assistenza sanitaria a Domicilio ha avuto per Lei, sulla base della Sua esperienza personale.

40. Ritiene che l'intervento del Servizio di Assistenza sanitaria a domicilio abbia avuto un ruolo positivo in relazione al suo stato di salute (o del suo familiare)?

si no

41. Se no, perché?

.....
.....
.....

42. Le prestazioni professionali fornite sono appropriate, cioè adatte ad affrontare il suo problema sanitario?

per nulla appropriate abbastanza appropriate
poco appropriate molto appropriate

43. E le giudica anche utili?

per nulla utili poco utili abbastanza utili molto utili

44. Si ritiene in complesso soddisfatto del Servizio che è stato offerto? Dia un voto da 1 a 10 al servizio (dove 10 è il voto migliore, 6 è sufficiente e sotto 6 sono voti negativi) con una crocetta.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

45. Se ha dato un voto insufficiente (meno di 6) perché?

.....
.....

46. Quali prestazioni vorrebbe che fossero offerte dal Servizio di Assistenza Domiciliare che ora non sono offerte?

.....
.....
.....

47. Quali suggerimenti può offrire per migliorare il Servizio di Assistenza Domiciliare?

.....
.....
.....

48. Chi ha compilato il questionario:

l'assistito da solo un familiare da solo
l'assistito un po' aiutato da altra persona un familiare aiutato da altra persona
l'assistito molto aiutato da altra persona

49. Chi è la persona che ha aiutato l'assistito a compilare il questionario?

familiare amico
medico altro/i (precisare chi.....)
infermiere

DATI STATISTICI DEL COMPILATORE

(da completare se chi ha risposto al questionario non era l'assistito)

Le chiediamo cortesemente di barrare le caselle che la riguardano, in quanto l'analisi dei dati ci consentirà di capire le caratteristiche di coloro che assistono chi usufruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare

50. SESSO: Maschio <input type="checkbox"/>	Femmina <input type="checkbox"/>			
51. ETÀ: meno di 18 anni <input type="checkbox"/>	tra 41 e 50 anni <input type="checkbox"/>	tra 71 e 80 anni <input type="checkbox"/>		
tra 18 e 30 anni <input type="checkbox"/>	tra 51 e 60 anni <input type="checkbox"/>	tra 81 e 84 anni <input type="checkbox"/>		
tra 31 e 40 anni <input type="checkbox"/>	tra 61 e 70 anni <input type="checkbox"/>	più di 85 anni <input type="checkbox"/>		
52. TITOLO DI STUDIO: nessuno titolo di studio <input type="checkbox"/>	qualifica professionale <input type="checkbox"/>			
licenza elementare <input type="checkbox"/>	licenza media superiore <input type="checkbox"/>			
licenza media inferiore <input type="checkbox"/>	diploma di laurea <input type="checkbox"/>			
53. PROFESSIONE: lavoratore <input type="checkbox"/>	non occupato <input type="checkbox"/>	pensionato <input type="checkbox"/>	studente <input type="checkbox"/>	casalinga <input type="checkbox"/>
54. TIPO DI PARENTELA CON L'ASSISTITO: Coniuge <input type="checkbox"/>	Sorella/fratello <input type="checkbox"/>	Figlia/o <input type="checkbox"/>	Altra parentela <input type="checkbox"/>	
55. CON QUALE FREQUENZA È (O È STATO) VICINO ALL'ASSISTITO? Convivenza <input type="checkbox"/>	Qualche giorno alla settimana <input type="checkbox"/>	Tutti i giorni <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	