

Rivista Scientifica

# *Igiene e Sanità Pubblica*

fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio  
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio



*Custodit vitam qui custodit sanitatem  
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi  
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

---

## **ESTRATTO**

**in formato elettronico autorizzato dagli Autori e dall'Editore**

Rosaria Alvaro, Tommaso Brancato, Elisabetta Dessy, Andrea Cammarano

**Qualità assistenziale attesa e percepita dagli utenti del  
dipartimento emergenza e accettazione di un ospedale romano**

---

Periodico bimestrale  
Volume LIX - N. 3 - Maggio / Giugno 2003  
IgSanPubbl - Issn 0019-1639  
[www.igiene.org](http://www.igiene.org)

---

# *Igiene e Sanità Pubblica*

Fascicolo realizzato con il contributo del CIFAPPS - Centro Interdipartimentale Formazione, Aggiornamento e Promozione delle Professioni Sanitarie dell'Università di Roma Tor Vergata

---

Direttore Responsabile  
**Augusto Panà**

Direttore Editoriale  
**Armando Muzzi**

---

Redazione  
*Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva  
Università di Roma Tor Vergata*

Caporedattore  
*Giuseppe Cananzi*

Coordinatore tecnico  
*Natalia Buzzi*

---

Comitato Scientifico  
*Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia,  
Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara,  
Bertram Flehmig, Giuseppe Giammanco,  
Antonino Gullotti, Elio Guzzanti,  
Alessandro Maida, Marck McCarthy,  
Cesare Meloni, Bruno Paccagnella,  
Walter Ricciardi, Gianfranco Tarsitani,  
Giancarlo Vanini*

---

Segreteria di Redazione  
*Iolanda Mozzetta*

Redazione Sito Internet  
*Giulia Zamponi*

Traduzioni a cura di  
*Henrike Berg, Steffen P. Berg, Ilaria Restifo*

Impaginazione e Grafica  
*Ornella Fassio*

*Norme editoriali in 3ª di copertina.*

---

Hanno collaborato a questo numero  
*R. Alvaro, A. Aparo, U.L. Aparo,  
F. Attena, L. Bonadonna,  
T. Brancato, A. Cammarano  
V. Chignoli, M.A. Coniglio,  
F. D'Agostino, A. De Paola  
E. Dessy, S. Ferri, G. Giammanco,  
M. Giustino, C. Meloni,  
A. Nusca, L. Orefice, P. Oriente,  
S. Pignato, S. Tabolli*

---

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA È INDICIZZATA SU MEDLINE E INDEX MEDICUS.

---

## **Garanzia di riservatezza**

*Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 675 del 1996 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.*

---

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico

Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954

Proprietà artistica e letteraria riservata

Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

---

# Qualità assistenziale attesa e percepita dagli utenti del dipartimento emergenza e accettazione di un ospedale romano

Rosaria Alvaro, Tommaso Brancato, Elisabetta Dessy, Andrea Cammarano

Laboratorio di Ricerca Infermieristica, Università di Tor Vergata, Roma

*Parole chiave* Dipartimento Emergenza ed Accettazione (DEA); Qualità attesa; Qualità percepita.

*Riassunto* Lo studio esamina le aspettative di qualità attesa e percepita degli utenti del Dipartimento emergenza e accettazione dell'Ospedale S. Eugenio di Roma nei mesi di marzo, giugno e novembre 2000. A costoro sono stati somministrati circa 9 mila questionari con intervista diretta prima e dopo l'accesso al servizio. Dall'indagine è emerso come unicamente il 4% dei pazienti sia giunto al DEA con mezzi di emergenza e che ben l'85% sia stato dimesso immediatamente. In termini di qualità attesa, rilevata prima dell'accesso al servizio, gli intervistati hanno mostrato di privilegiare in particolare le capacità professionali degli operatori sanitari. Nella valutazione della qualità percepita, rilevata in sede di dimissione dal DEA, sono risultati negativi soprattutto i giudizi riferiti ai servizi di supporto (parcheggio, segnaletica, tempi di attesa), mentre gli aspetti tecnici e professionali inizialmente considerati prioritari venivano indicati più marginali.

### Health care quality as perceived by the users of an emergency unit in Rome

---

*Keywords* Emergency Unit; Expected Quality; Perceived Quality.

*Summary* This study is aimed at assessing health care quality within the St. Eugenio Emergency Unit in Rome. The survey covers the months of March, June and November 2000. Patients were given about 9 thousand forms to fill before and after their access. Only 4% of them got to the hospital by ambulance and as many as 85% were immediately discharged after the exam. Their expectations were centred primarily on the health staff's professional skills, whereas their retroactive judgment focused on the poor quality of support services (parking lots, directional signs, waiting time), thus neglecting the very professional skills they previously considered as a priority.

### La qualité de l'assistance sanitaire d'après les usagers d'un service d'urgence romain

---

*Mots-Clé* Les Urgences; Qualité attendue; Qualité aperçue.

*Résumé* Cette étude est visée à évaluer la qualité de l'assistance sanitaire dans les urgences de l'hôpital Saint Eugène de Rome. L'enquête concerne les mois de Mars, Juin et Novembre de l'an 2000. Les patients ont répondu à environ neuf milles questionnaires qui leur ont été soumis avant et après leur accès aux urgences. Seules 4% d'entre eux sont arrivés à l'hôpital en ambulance et 85% ont été immédiatement renvoyés après le service. Leurs attentes concernaient principalement les qualités professionnelles de l'équipe médicale, tandis que leur jugement rétroactif était axé sur une faible qualité des services de support (parking, fléchage, temps d'attente), négligeant ainsi ces qualités professionnelles qu'ils avait considéré comme prioritaires auparavant.

### Die von den Patienten erwartete und wahrgenommene Qualität der Hilfeleistungen der Abteilung für Notfälle und Aufnahme in einem römischen Krankenhaus

---

*Schlüsselwörter* Abteilung für Notfälle und Aufnahme (DEA); Qualitätserwartung; Qualitätswahrnehmung.

*Zusammenfassung* Die Studie befasst sich mit der Qualitäts-Erwartung und -Bewertung der Patienten

der Abteilung für Notfälle und Aufnahme im Krankenhaus S. Eugenio von Rom während der Monate März, Juni und November 2000. Dafür wurden ungefähr neuntausend Fragebogen mit direkter Befragung vor und nach den Dienstleistungen verteilt. Es ergab sich daß nur 4% der Patienten mit Notfallwagen zur DEA gebracht wurden und 85% sofort wieder entlassen werden konnten. Was die vor der Aufnahme erwartete Qualität betrifft, zeigte sich, daß diese besonders die ärztliche Behandlung betraf. Bei der Qualitäts-Bewertung nach der Entlassung, wurden als negativ vor allem die Neben-Dienste (Parkplätze, Wegweiser, Wartezeiten) beurteilt, während die technischen und professionellen Aspekte, die anfangs den Vorrang hatten, mehr als nebensächlich bewertet wurden.

## **Introduzione**

Ogni utente del servizio sanitario ricerca non solo la soddisfazione del bisogno di assistenza, ma desidera che ciò avvenga in ambienti curati, con spiegazioni esaurienti ed in tempi rapidi. Ciò dovrebbe costituire uno stimolo aggiuntivo per le aziende che erogano servizi sanitari, che si devono attrezzare per essere in grado di monitorare le proprie attività e la rispondenza di queste alle reali esigenze degli utenti.

Scopo del presente lavoro è di valutare le aspettative di qualità attesa e percepita da parte di circa 9 mila utenti del DEA dell'Ospedale S. Eugenio di Roma, nel corso dell'anno 2000. L'indagine è nata dalla necessità di permettere all'Azienda di erogare prestazioni quanto più possibile rispondenti alle esigenze dell'utenza nell'ambito del Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

## **Materiali e metodi**

La scelta del servizio di accettazione e breve osservazione deriva dalla considerazione che tale servizio costituisce un punto di riferimento critico, su cui converge una domanda di prestazioni non facilmente programmabile e prevedibile dalla organizzazione aziendale. In questo contesto, più che in altri, il cittadino si attende una risposta tempestiva ed efficace.

Lo studio è stato svolto nei mesi di marzo, giugno e novembre dell'anno 2000 ed ha coinvolto direttamente tutti gli utenti afferenti al DEA, valutando distintamente le fasi di *a.* accoglienza, *b.* erogazione prestazione e valutazione del caso clinico e *c.* dimissione del paziente.

La scheda di rilevazione dati predisposta comprendeva la registrazione della data ed ora di accettazione, i dati anagrafici del paziente (età, sesso, stato civile, provenienza, modalità di accesso al servizio), le prestazioni richieste ed effettuate e le modalità di dimissione dal servizio (dimissione, ricovero d'urgenza in divisioni ospedaliere interne all'ospedale, trasferimento in altre sedi).

L'indagine è stata condotta sulla base di due questionari anonimi, realizzati sulla base di esperienze simili già promosse dalla Direzione Generale della ASL RM/C per il miglioramento qualitativo. Oggetto dei questionari era la caratterizzazione della qualità della prestazione secondo aspetti tecnici, relazionali, organizzativi ed ambientali, prima e dopo l'accesso al DEA. Con il primo questionario, somministrato prima dell'accesso o del primo contatto del paziente con la struttura, si è inteso valutare la *qualità attesa* dall'utente (QA); con il secondo, somministrato dopo la prestazione sanitaria, l'obiettivo è chiaramente la *qualità percepita* (QP).

La modalità di somministrazione dei questionari è stata l'intervista diretta, con due eccezioni: per i pazienti in seguito ricoverati l'intervista è stata effettuata telefonicamente dopo la dimissione; per i pazienti con meno di 14 anni il questionario è stato somministrato ad uno dei genitori.

Nel periodo considerato per lo studio sono giunti al DEA 8.557 pazienti. Per 8.100 di costoro (95%) è stata possibile la somministrazione del questionario sia al momento dell'ingresso che a quello della dimissione. Il restante 5% è rappresentato prevalentemente da utenti giunti in fase critica, per i quali non era proponibile il questionario ex-ante.

## Risultati

Nella *tavola 1* viene evidenziata la distribuzione dei totale dei pazienti per fasce di età e per sesso; dal suo esame non si osservano differenze significative di distribuzione tra i due sessi con prevalenza degli accessi della fascia di età compresa tra 26 e 35 anni. Con riferimento ai soli pazienti che hanno partecipato alla ricerca (8.100) sono disponibili ulteriori informazioni a carattere descrittivo desunte dal questionario.

Dal punto di vista del titolo di studio, con qualche modesta differenza fra maschi e femmine,

**Tavola 1**  
**Distribuzione dei pazienti**  
**per sesso e fasce di età**

Età	Maschi	Femmine	Totale
A. valori assoluti			
0-15	468	423	891
16-25	477	406	883
26-65	2.349	2.214	4.563
66-75	500	522	1.022
76-85	459	444	903
> 86	158	137	295
<b>Totale</b>	<b>4.411</b>	<b>4.146</b>	<b>8.557</b>
B. comp. % per età			
0-15	10,6	10,2	10,4
16-25	10,8	9,8	10,3
26-65	53,3	53,4	53,3
66-75	11,3	12,6	11,9
76-85	10,4	10,7	10,6
> 86	3,6	3,3	3,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
C. comp. % per sesso			
0-15	52,5	47,5	100,0
16-25	54,0	46,0	100,0
26-65	51,5	48,5	100,0
66-75	48,9	51,1	100,0
76-85	50,8	49,2	100,0
> 86	53,6	46,4	100,0
<b>Totale</b>	<b>51,5</b>	<b>48,5</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 2**  
**Distribuzione dei pazienti**  
**per titolo di studio**

Età	Maschi	Femmine	Totale
A. valori assoluti			
Elementare	170	296	466
Media	1.129	909	2.038
Diploma	2.058	2.066	4.124
Laurea	793	679	1.472
<b>Totale</b>	<b>4.150</b>	<b>3.950</b>	<b>8.100</b>
B. comp. % per età			
Elementare	4,1	7,5	5,8
Media	27,2	23,0	25,2
Diploma	49,6	52,3	50,9
Laurea	19,1	17,2	18,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
C. comp. % per sesso			
Elementare	36,5	63,5	100,0
Media	55,4	44,6	100,0
Diploma	49,9	50,1	100,0
Laurea	53,9	46,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>51,2</b>	<b>48,8</b>	<b>100,0</b>

circa il 70% dei casi è risultato in possesso del diploma o della laurea (tavola 2).

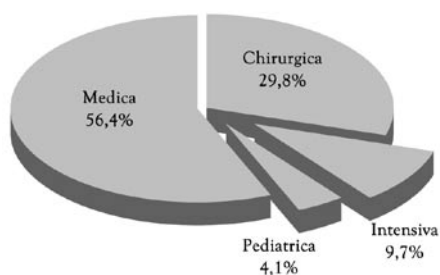
Il 96% dei pazienti è arrivato al DEA con mezzi propri ed unicamente il 4% vi è giunto con mezzi di emergenza (ambulanza privata e/o 118). L'85% dei pazienti è stato dimesso senza ricovero, dopo adeguata terapia, il 12% è stato ricoverato all'interno della struttura mentre solo il 3% è stato trasferito altrove per indisponibilità di posti letto. Nel 36% dei casi il paziente è stato gestito direttamente nell'unità operativa del DEA dove è stata comunque effettuata almeno una prestazione (elettrocardiogramma, stick urine e/o sangue, rilevazione pressione arteriosa). Nel 64,2% dei casi si è resa necessaria almeno una prestazione esterna alla struttura del DEA (analisi di laboratorio, 26,3%; indagini radiologiche, il 17,4%; visita specialistica, 20,5%). Il ricovero ha riguardato soprattutto l'area medica

(56,4% dei casi) e l'area chirurgica (29,8%), come si evince dalla figura 1.

La maggior parte dell'utenza afferma di essersi rivolta al S. Eugenio a motivo della relativa vicinanza (78,2%), solo il 21,8 % per la competenza professionale. Il 69,1% dei pazienti ha dichiarato di essersi recato al DEA con valutazione personale di vera urgenza, il 16,3% per desiderio di rassicurazioni, l'8,4% per l'assenza del medico di famiglia e solo nel 7,2% la prestazione è stata richiesta direttamente dal medico di base (tavola 3).

Circa un terzo degli intervistati (2.835) dichiara di aver già avuto almeno un accesso

**Figura 1**  
**Distribuzione dei pazienti per area di ricovero**



al DEA del S. Eugenio. Nonostante che per il 40% di costoro (1.134) l'esperienza era stata valutata negativamente, si sono in ogni caso rivolti nuovamente alla stessa struttura.

Le aspettative dell'utenza, come già ricordato rilevate separatamente all'ingresso ed al momento della di-

missione, hanno riguardato quattro dimensioni di indagine: *tecnica, relazionale, organizzativa ed ambientale*.

La dimensione tecnica è stata valutata con una valutazione di priorità "molto importante" caratterizzata da percentuali significativamente elevate in termini di qualità attesa (prima sezione della *tavola 4*): le tre voci proposte (capacità diagnostiche, capacità di selezionare le urgenze e capacità di esecuzione dal punto di vista tecnico) hanno fatto registrare percentuali dal 70% a quasi il 90% rispetto a questa dimensione. Fa eccezione il 13,2% che ha definito "poco importante" le capacità di esecuzione tecnica, evidentemente interpretando il DEA come un centro di smistamento tempestivo verso le restanti sezioni dell'ospedale piuttosto che come il luogo dove vengono effettuate le prime, critiche, prestazioni. Anche dal punto di vista della qualità tecnica percepita ex-post, ad eccezione della funzione dell'ausiliario, le valutazioni di elevata rilevanza rimangono intorno o superiori al 70% (seconda sezione della *tavola 4*).

**Tavola 3**

**Motivazione della richiesta di prestazione**

Età	v.a.	%
Richiesta medica	583	7,2
Non c'era il mio medico	680	8,4
Per avere rassicurazioni	1.239	15,3
Urgenza	5.598	69,1
<i>Totale</i>	8.100	100,0

**Tavola 4**

**Dimensione tecnica (% risposte su 8.100 questionari)**

	Molto importante	Mediamente importante	Poco importante	Non risponde
<i>A. Qualità attesa</i>				
Capacità diagnostiche	88,2	10,2	1,3	0,3
Capacità di selezionare urgenze	78,1	20,3	1,3	0,3
Capacità di esecuzione tecnica	70,5	15,6	13,2	0,7
<i>B. Qualità percepita</i>				
Medico DEA	76,4	12,6	9,2	1,8
Infermiere	69,6	18,7	10,4	1,3
Tecnico	72,5	22,4	3,5	1,6
Ausiliario	32,5	40,2	26,6	0,7
Medico Specialista	89,2	8,6	1,9	0,3

**Tavola 5**  
**Dimensione relazionale (% risposte su 8.100 questionari)**

	Molto importante	Mediamente importante	Poco importante	Non risponde
A. Qualità attesa				
Disponibilità all'ascolto	68,2	26,6	4,7	0,5
Gentilezza	47,2	33,7	17,0	2,1
Cordialità	35,6	39,6	21,7	3,1
Cortesìa	70,3	20,4	8,6	0,7
B. Qualità percepita				
Personale accoglienza	41,8	23,1	33,7	1,4
Medico	56,3	29,0	13,5	1,2
Infermiere	54,1	29,3	16,3	0,3
Ausiliario	59,8	23,6	16,1	0,5

**Tavola 6**  
**Dimensione organizzativa (% risposte su 8.100 questionari)**

	Molto importante	Mediamente importante	Poco importante	Non risponde
A. Qualità attesa				
Parcheggio	10,7	22,7	65,5	1,1
Segnaletica	40,6	53,7	2,6	3,1
Tempi di attesa	44,0	46,5	3,6	5,9
B. Qualità percepita				
Parcheggio	39,2	20,9	38,1	1,8
Segnaletica	55,4	25,2	18,2	1,2
Tempi di attesa	31,3	37,3	30,8	0,6

Anche la dimensione *relazionale*, cioè le attitudini comportamentali del personale del DEA, ha dimostrato nell'indagine valori di rilievo, pur se inferiori a quelli della dimensione strettamente tecnica (tavola 5). Dal punto di vista della qualità attesa la cortesia è risultata la caratteristica più critica (il 70,3% la giudica un fattore molto rilevante), seguita dalla *disponibilità all'ascolto* (68,2%). Dal punto di vista della qualità percepita, cioè della concreta valutazione dell'operato del personale sanitario coinvolto, circa la metà degli intervistati valuta come cruciale la dimensione relazionale

delle figure dell'ausiliario (59,8%), del medico (56,3%), dell'infermiere (54,1%) e, sia pure in misura inferiore, del personale addetto all'accoglienza (41,8%). Va segnalata la differenza tra l'aspetto relazionale atteso dal medico e dall'infermiere: infatti, dal primo gli utenti si aspettano spiegazioni chiare e complete, dal secondo gentilezza. Tale aspettativa attesa sembra rivelarsi in parte delusa se si considerano le percentuali che nella stessa tavola pur essendo non collimanti gli items, si riferiscono alla soddisfazione nei confronti del personale.

La dimensione organizzativa appare dai risultati dell'indagine un fattore di importanza tutto sommato non cruciale (tavola 6): la qualità attesa dei tre aspetti indagati (parcheggio, segnaletica e tempi di attesa) è considerata per lo più mediamente

importante anche se non va sottovalutata una valutazione di maggior rilievo nel giudizio ex-post, in termini di qualità effettivamente percepita.

Infine si è ritenuto utile verificare le valutazioni relative alla dimensione *ambientale*, attraverso le valutazioni attese e percepite circa l'importanza dello stato igienico dei locali (in particolare quello di attesa) o la disponibilità dei servizi igienici e telefoni pubblici (*tavola 7*). Anche per tale dimensione il rilievo dato dagli intervistati è risultato non cruciale e va rilevato che, al contrario di quanto avvenuto per la dimensione organizzativa, le valutazioni ex-post tendono a ridurre ulteriormente tale rilevanza.

Nel questionario somministrato per la parte riguardante la valutazione

**Tavola 7**

**Dimensione ambientale (% risposte su 8.100 questionari)**

	Molto importante	Mediamente importante	Poco importante	Non risponde
<i>A. Qualità attesa</i>				
Sala attesa	36,7	26,6	33,9	2,8
Stato dei locali	48,2	22,8	22,6	6,4
Servizi	14,8	19,6	63,2	2,4
<i>B. Qualità percepita</i>				
Sala attesa	34,2	35,1	30,3	0,4
Stato dei locali	30,5	34,9	34,2	0,4
Servizi	50,1	28,1	20,2	1,6

**Tavola 8**

**Motivazioni del giudizio complessivamente negativo sul personale**

Età	v.a.	%
<i>A. Personale medico</i>		
Poco chiaro	154	20,7
Poco accurato	485	65,1
Poco disponibile	16	2,1
Scortese	90	12,1
<b>Totale</b>	<b>745</b>	<b>100,0</b>
<i>B. Personale infermieristico</i>		
Lento	153	18,2
Poco chiaro	148	17,6
Non Professionale	320	38,0
Scortese	221	26,2
<b>Totale</b>	<b>842</b>	<b>100,0</b>
<i>B. Personale di accoglienza</i>		
Assente - non riconosciuto	1.916	70,2
Poco disponibile	371	13,6
Poco Professionale	442	16,2
<b>Totale</b>	<b>2.729</b>	<b>100,0</b>

della qualità percepita nei confronti del personale, agli utenti che si dichiaravano insoddisfatti veniva richiesto di specificarne le motivazioni (*tavola 8*). Dall'analisi dei risultati emerge come la maggior parte di coloro che si sono dichiarati insoddisfatti trova ragione di ciò nella scarsa accuratezza dei medici, poca professionalità

degli infermieri e scarsa educazione del personale ausiliario, quando presente, oppure all'assenza di quest'ultimo.

### Considerazioni e Conclusioni

Se pure la maggior parte dei pazienti dichiara di essersi recato al DEA per motivi urgenti (69,1%), il 50,6% di essi viene immediatamente dimesso dopo aver effettuato unicamente prestazioni interne a tale Unità Operativa. Questi pazienti potrebbero in numerosi casi essere trattati direttamente dal medico di famiglia o dalla guardia medica riducendo il numero di accessi impropri, uno dei problemi più importanti per il DEA sia sotto il profilo organizzativo che economico-finanziario.

In particolare in alcune fasce orarie è difficile, se non impossibile, soddisfare la domanda dell'utenza in tempi rapidi proprio perché in esse si concentra il maggior numero di accessi. Questo fenomeno crea un eccesso di richiesta di prestazioni mediche ed assistenziali (analisi, esami radiologici, visite specialistiche) che non riesce ad essere soddisfatta tempestivamente anche per la sovrapposizione con le attività routinarie dell'Ospedale. L'allungamento dei tempi di attesa è determinato inoltre dalla mancanza di collegamenti informatici tra il DEA ed i vari servizi che rende necessario l'impiego di personale ausiliario sia per ogni di esame da effettuare in unità operative esterne, sia per il ritiro dei referti. Anche la decisione del ricovero determina un allungamento dei tempi di attesa per le necessarie ricognizioni telefoniche sulla disponibilità di posti interni o esterni all'ospedale.

Durante queste attese i pazienti sostano in locali non idonei, in decubiti spesso poco adeguati alla patologia, con sostanziale immobilizzo delle attrezzature e dei locali stessi rendendo problematico da parte del personale infermieristico rispondere adeguatamente ai bisogni e prestare una idonea assistenza.

In termini di qualità attesa risulta evidente che il bisogno più importante espresso dall'utente, è rappresentato dalla dimensione *tecnica*, cioè dalla preparazione e capacità delle diverse tipologie di personale sanitario che opera nel DEA: quasi il 90% degli intervistati si aspetta di essere accolto prontamente e con competenza da una figura professionale con specifiche capacità diagnostiche. La dimensione tecnica è tuttavia uno degli elementi più complessi da valutare in termini di qualità del servizio. Se è vero che risulta cruciale la valutazione del grado di soddisfazione del paziente, infatti, va anche tenuto presente per molti aspetti questa dimensione

ma rappresenta un elemento che lo stesso paziente non è in grado di valutare in modo sereno e corretto.

Ancora in termini di qualità attesa, la dimensione *relazionale* evidenzia come la cortesia assume maggiore importanza rispetto alla riservatezza ed alla capacità di rassicurazione, mentre le dimensioni *ambientale* ed *organizzativa* sono considerate meno primarie: circa la metà dei pazienti si aspetta ambienti puliti, il 44% chiarezza informativa sui tempi di attesa.

Priorità differenti sono rintracciate nell'analisi dei questionari sul versante della qualità percepita. Le maggiori cause di insoddisfazione riguardano il personale di accoglienza, per assenza o per poca disponibilità (33,7%), i tempi di attesa, la scarsa informazione e la non chiarezza dell'ordine di entrata (30,8%), la poca pulizia, la mancanza di privacy e gli scarsi comfort della sala di attesa (30,3%). Risulta evidente che la presenza di personale dedicato è necessaria nella fase di accoglienza in quanto risulta tra i fattori più rassicuranti. Il personale addetto deve essere facilmente riconoscibile dall'utente, così come è necessario che tutto il personale in servizio abbia un cartellino di riconoscimento chiaro e in cui sia facilmente leggibile oltre al nome e cognome, anche la qualifica. Inoltre dovrebbero essere chiaramente individuabili i manifesti esplicativi sulle norme che regolano e determinano la priorità dell'accesso al DEA al fine di giustificare le lunghe attese dei pazienti meno gravi.

Il paziente che rimane in attesa dopo aver ricevuto la prestazione sanitaria è portato a posare maggiormente l'attenzione sugli aspetti ambientali. L'ingresso al Dea rappresenta in un certo senso il biglietto da visita dell'Ospedale, pertanto è necessario garantire a tale struttura la massima attenzione in termini di pulizia, facilità di accesso ai servizi, presenza di comfort alberghieri (telefoni, punti di ristoro, giornali eccetera).

Se le capacità professionali sono ritenute le più rilevanti dall'utente in termini di qualità attesa, dall'analisi dei dati sulla qualità percepita va sottolineato come ben l'89,7% degli intervistati si è detto soddisfatto delle prestazioni ricevute e solo un piccolo ma significativo numero di utenti (10,3%) si è dichiarato insoddisfatto delle prestazioni erogate dal personale per la scarsa accuratezza dei medici, la poca professionalità degli infermieri, la mancanza di educazione degli ausiliari.

Secondo i pareri espressi qualità quali cortesia e gentilezza non sono determinanti nella valutazione qualitativa della prestazione del medico, essendo

maggiormente determinante il saper dare informazioni e spiegazioni chiare e complete sulla patologia. L'utenza ha dato invece particolare importanza alle qualità relazionali del personale infermieristico. Per tale figura professionale gentilezza, cortesia e riservatezza incidono in maniera determinante sulla qualità percepita, ad indicazione che l'infermiere è determinante soprattutto se si dimostra pronto, veloce e capace di lavorare in sintonia con il medico durante la prestazione sanitaria.

La maggioranza degli intervistati ha risposto che il giudizio complessivo sulla qualità del servizio è stato influenzato in modo determinante dal servizio di accoglienza (90,6%) e dai tempi di attesa (92,4%).

Ne deriva la necessità di operare in senso migliorativo sugli ambienti e la organizzazione dei servizi al fine di accrescere la percezione della qualità globale del servizio e costruire e rafforzare un rapporto di fiducia che trasformi la "speranza" del cittadino in "sicurezza" di rivolgersi ad una struttura affidabile.

#### Bibliografia

- (1) Bergamo A. *L'organizzazione del tempo del malato* - da: Pedagogia Infermieri Salute: Ambrosiana, Milano 1991.
- (2) Bergamo A. *L'approccio educativo ed umano al paziente ospedalizzato*. Ambrosiana, Milano 1991.
- (3) Bergamo A. *Cultura dell'efficienza*. Ambrosiana, Milano Anno 1991.
- (4) Bergamo A. *Sorriso e comunicazione*. Ambrosiana, Milano Anno 1991.
- (5) Bergamo A. - *Verso una comunicazione efficace*. Ambrosiana, Milano 1991.
- (6) Barber JM, Budassi SA. *Comunicare con i pazienti - Pronto Soccorso: Metodologie diagnostiche e terapeutiche*. Ambrosiana, Milano 1992.
- (7) Cannella B, cavaglia P, Tartaglia F. *L'infermiere e il suo paziente: Fantasie e transfert nella relazione infermiere-paziente*. Ambrosiana, Milano 2001.
- (8) Cannella B, Cavaglia P, Tartaglia F. *L'infermiere e il suo paziente: La ricerca*. Ambrosiana, Milano 2001.
- (9) Firzpatrick R. *Survey of patient satisfaction*. BMJ 1991.
- (10) Firzpatrick R. *Scope and measurement of patient satisfaction*, in *Measurement of patients' satisfaction with their care*. Firzpatrick R, and Hopkins A. Editors. Royal College of Physicians London 1993.
- (11) Gerson RF. *Come misurare la soddisfazione del cliente*, Franco Angeli Milano 1995.
- (12) Hall J, Milburn MA, Epstein AM. *A casual model of health status and satisfaction with medical care*, Medical Care 1993.
- (13) Japan Management Association - Consiel, *Customer satisfaction management: il modello giapponese per misurare e migliorare la soddisfazione del cliente*, Il Sole 24-ore Libri, Milano 1995.

- (14) Locker D, Dunt D. *Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care*, Social Science and Medicina 1978.
- (15) Loiudice MT, *Il paziente utente-cliente in sanità e la sua soddisfazione*, L'arco di Giano 1995.
- (16) Meterko M, Rubin HR. *Patient judgments of hospital quality: a taxonomy*, Medical Care 1990.
- (17) Menon C, Rupolo G. *Pronto soccorso: Il rapporto con l'utenza*. Ambrosiana, Milano 1999.
- (18) Montesinos A. *L'organizzazione del lavoro infermieristico in ospedale* Armando Editore, Roma 1989.
- (19) Pryce-Jones M. *Critical incident technique as a method of assessing patient satisfaction*, in *Measurement of patients' satisfaction with their care*. Fitzpatrick R. and Hopkins A. Editor Royal College of Physicians London 1993.
- (20) Rubin HR, Where JE, Nelson EC, Metrko M. *The patient Judgment of Hospital Quality. Questionnaire*, Medical Care 1990.
- (21) Ardigò A. *La popolazione degli utenti in cerca di cure sanitarie come sistema sociale e la loro domanda di salute*. Tendenze Nuove - Vol. 18 n. 1 gennaio-febbraio 1999.
- (22) Paci E, Miccinesi G. *La qualità valutata dall'operatore. Contributi per una gestione manageriale della sanità*. I Quaderni di Mecosan a cura di Spinsanti S.
- (23) Loiudice M. *I questionari per valutare la soddisfazione del paziente. Contributi per una gestione manageriale della sanità*. I Quaderni di Mecosan: a cura di Spinsanti S.
- (24) United States Congress Office Technology Assessment, *The quality of medical care; information for consumers*, OTA-H 386.
- (25) Ministero degli affari sociali e dell'integrazione, *Guida del servizio infermieristico; protocolli dell'assistenza infermieristica n. 4* Parigi, 1992.
- (26) Assistenza infermieristica e ricerca, *L'uso dei questionari. Il triage infermieristico intraospedaliero: un nuovo aspetto professionale nell'organizzazione di un moderno P.S.* Vol. 18 n. 1 gennaio-marzo 1999.
- (27) da: *La misurazione della qualità nei servizi in caso della sanità*. Tesi al Corso di laurea in Scienze statistiche ed Economiche. Facoltà di Scienze Statistiche, demografiche ed attuariali Anno Accademico 1997-98 - Relatori A. Rizzi - M. Zanotti.

Referente: Rosaria Alvaro

Laboratorio di Ricerca Infermieristica, Università Tor Vergata

Via di Tor Vergata, 135 - 00133 Roma

Tel 06-72596802 – fax 06-2025285 – e-mail laureatriennale@libero.it

---

**Editoriale**

<b>A. Panà, A. Muzzi</b> La sanità pubblica e la SARS.....	113
---	-----

---

**Note di Politica Sanitaria**

<b>C. Meloni</b> Inquinamento atmosferico e salute .....	117
---	-----

---

**Note di Organizzazione Sanitaria**

<b>U.L. Aparo, S. Tabolli, A. Aparo</b> Gli organigrammi.....	137
--	-----

---

**Parte Scientifica e Pratica**

<b>R. Alvaro, T. Brancato, E. Dessy, A. Cammarano</b> Qualità assistenziale attesa e percepita dagli utenti del dipartimento emergenza e accettazione di un ospedale romano.....	145
<b>F. Attena, F. D'Agostino, P. Oriente, V. Chignoli, A. De Paola</b> Intervento di miglioramento della qualità di compilazione della Cartella Clinica.....	157
<b>M.A. Coniglio, M. Giustino, G. Giammanco, S. Pignato</b> Atteggiamenti e comportamenti a rischio per i disturbi dell'alimentazione in un campione di adolescenti delle scuole medie superiori di Catania.....	167

---

**Note di Approfondimento**

<b>A. Nusca, L. Bonadonna, L. Orefice</b> Diffusione di agenti biologici nell'aria di ambienti confinati e patologie correlate .....	175
---	-----

---

**Note di Aggiornamento**

<b>S. Ferri</b> Le "peripezie" dei rifiuti sanitari pericolosi.....	188
--	-----