



Università degli studi di Padova
Facoltà di Scienze Statistiche

**TESI DI LAUREA IN STATISTICA E
TECNOLOGIE INFORMATICHE**

**Accompagnamento all'Autorizzazione ed
all'Accreditamento Istituzionale:
problemi di valutazione**

RELATORE: prof. Lorenzo Bernardi

**Laureando: Fabio Zancaner
Matricola n° 483931**

Anno Accademico 2004/2005

*A mia nonna,
la mia prima, vera maestra.*

Indice

Introduzione	7
CAPITOLO 1.....	9
1.1 Fini principali della legge regionale 16 agosto 2002, n.22 Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali	9
1.2 Le unità di offerta.....	10
1.3 La definizione dei requisiti	11
1.4 Il percorso di Autorizzazione all'esercizio	15
1.5 Il percorso di Accreditamento Istituzionale	17
CAPITOLO 2.....	21
2.1 La raccolta dei dati.....	21
2.2 L'analisi dei dati	23
2.3 I primi risultati.....	24
CAPITOLO 3.....	29
3.1 Gli standard.....	29
3.2 L'Autorizzazione	30
3.3 L'Accreditamento Istituzionale	41
CONCLUSIONE	51
BIBLIOGRAFIA	53
Ringraziamenti	55

Introduzione

Con l'approvazione della L.R. 22 (agosto 2002), si sono delineati i criteri cui devono sottostare le strutture/servizi sanitari, socio-sanitari e sociali del Veneto coinvolti nei processi di autorizzazione/accreditamento istituzionale. In tale occasione, si sancirono due principi fondamentali:

- parità tra erogatori pubblici e privati
- governo del settore sanitario, socio-sanitario e sociale attraverso i due istituti dell'Autorizzazione e dell'Accreditamento.

I due percorsi hanno il compito di regolare entrata e durata della permanenza degli erogatori nel mercato dei servizi e di introdurli alla ricerca del Miglioramento Continuo della Qualità, procedendo per passi: la garanzia di una soglia minima di requisiti (con l'obiettivo di essere autorizzati), quindi il raggiungimento di determinate soglie di qualità (una volta ottenuta l'Autorizzazione); sempre con il fine di raggiungere l'eccellenza.

Una qualsiasi struttura dovrà quindi, dopo essere stata classificata (mediante denominazione indicata a partire dall'art.12, comma I della L.R. 22/2002) accedere obbligatoriamente:

- 1) al processo di Autorizzazione alla realizzazione, qualora questa sia nuova, una parte nuova di una struttura già esistente (ed autorizzata), un suo ampliamento o trasferimento presso nuova sede
- 2) al processo di Autorizzazione all'esercizio

- 3) al processo di Accredimento istituzionale qualora vi sia l'intenzione di erogare prestazioni i cui costi vengano sostenuti dal Servizio Sanitario Socio-Sanitario e Sociale Regionale (tale processo rimane altrimenti facoltativo); questo per fare in modo che le strutture tendano a crescere nell'ottica del Miglioramento Continuo.

Emme&erre s.p.a. in collaborazione con l'azienda ULSS 6 di Vicenza come promotore dell'iniziativa, il Comune di Vicenza ed i gestori dei servizi socio-sanitari ha accompagnato varie strutture nei due percorsi e quindi nella valutazione del grado di adeguatezza di queste ai requisiti richiesti.

CAPITOLO 1

Le finalità della L.R. 22/2002 e le procedure di Autorizzazione all' esercizio ed all'Accreditamento Istituzionale

1.1 Fini principali della legge regionale 16 agosto 2002, n.22 Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, socio- sanitarie e sociali

Esiste la volontà, da parte della Regione Veneto, di promuovere la qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali unitamente al garantire che questi siano erogati efficacemente, efficientemente ed equamente a tutti i cittadini.

A partire da questi presupposti, la regione ha approvato il 16 agosto del 2002, la legge regionale n. 22 , Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali . L'obiettivo della legge è quello di definire le prospettive di sviluppo del sistema socio-sanitario regionale, individuando anche alcuni strumenti di regolazione; e in particolare tratta dei meccanismi di Autorizzazione ed Accreditamento Istituzionale, finalizzati a regolare le modalità con le quali i soggetti pubblici e privati possono aprire e gestire strutture socio-sanitarie.

Un primo problema si ha nel definire i requisiti a cui ciascuna delle strutture coinvolte deve rispondere e, prima ancora, nella necessità di identificare, catalogare e quindi raggruppare le diverse tipologie di strutture che rientrano nell'offerta regionale sanitaria, socio-sanitaria e sociale e che presentano caratteristiche simili, per agevolare la fase di individuazione degli standard da raggiungere. Allegati alla legge, sono stati approvati due documenti attuativi: la

classificazione delle unità di offerta, che definisce le tipologie di strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali che possono essere aperte in regione Veneto attraverso i meccanismi dell'Autorizzazione e dell'Accreditamento ed il Manuale di attuazione, che individua ed esplicita responsabilità, tempi e procedure dei percorsi di Autorizzazione e di Accreditamento.

1.2 Le unità di offerta

In base ad un processo di lavoro durato alcuni anni, con il coinvolgimento delle rappresentanze dei diversi attori del sistema socio-sanitario regionale, sono state individuate le diverse unità di offerta.

Il presente lavoro si basa su un progetto promosso dall'azienda ULSS 6 di Vicenza, in collaborazione con il comune di Vicenza e le principali organizzazioni private che gestiscono servizi sociali e socio-sanitari del territorio. Nell'ambito di tale progetto si sono sperimentati dei percorsi per accompagnare alcune strutture socio-sanitarie a verificare la loro vicinanza o distanza dal nuovo sistema introdotto con la Legge 22 ed i relativi regolamenti attuativi. Le unità di offerta sulle quali si è sperimentato il percorso sono le seguenti:

- 10 Case di riposo/RSA per anziani
- 4 Asili nido
- 3 Comunità alloggio per persone con disabilità
- 3 Comunità residenziali per disabili gravi
- 1 RSA per persone con disabilità
- 7 Centri diurni per persone con disabilità
- 2 Comunità educative per minori

- 1 Comunità educativa per minori con pronta accoglienza
- 6 Comunità alloggio per malati psichiatrici
- 1 Servizio residenziale di tipo A per persone soggette a dipendenze
- 1 Servizio residenziale di tipo B per persone soggette a dipendenze
- 1 Servizio residenziale di tipo C per persone soggette a dipendenze
- 1 Servizio ambulatoriale per persone soggette a dipendenze

1.3 La definizione dei requisiti

A partire dalle unità di offerta, sono state definite le caratteristiche qualitative alle quali ciascuna struttura sanitaria, socio-sanitaria e sociale deve rispondere per poter essere autorizzata ed accreditata. E' stato scelto di definire un profilo di qualità di queste, al fine di poter ricondurre il concetto stesso di qualità entro campi ben definiti, osservabili e, infine, misurabili.

Un profilo di qualità è principalmente formato da quattro dimensioni, quali l'*input* (ossia le risorse umane, materiali e strutturali utilizzate), la fase di *processo* (cui fanno capo le modalità di gestione delle risorse da impiegare per il raggiungimento dello scopo del servizio), l'*output* (l'insieme di attività erogate dal servizio) e l'*outcome* (inteso come l'insieme degli effetti che il servizio stesso ha sugli utenti).

Una volta definite queste quattro grandezze, si ha la necessità di descriverle, individuando i criteri che le compongono e che ne distinguono la natura.

Al fine di raggiungere l'obiettivo di descrizione della qualità e della sua misurazione, i criteri verranno a loro volta scomposti, attraverso la ricerca delle loro componenti osservabili la cui misurazione potrà dare prova dell'effettivo rispetto del criterio di qualità stesso.

Una volta arrivati all'individuazione degli elementi materialmente misurabili sarà possibile formulare ipotesi relativamente allo standard di qualità e dei limiti, delle soglie sotto le quali il rispetto del requisito viene meno. Ed è proprio mediante questo processo, detto di *operazionalizzazione* (determinazione delle qualità, delle proprietà, ed individuazione delle variabili osservabili che le misurano) che avviene una traduzione dei concetti fondamentali alla definizione della qualità in determinazioni di variabili misurabili. La definizione degli standard, per i percorsi di Autorizzazione ed Accredimento, richiede alle strutture un processo di sviluppo per raggiungere determinati obiettivi qualitativi. Nonostante l'introduzione di questi requisiti induca i servizi ad un aumento della competitività, incentivando il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e portandoli quindi all'interno di una logica di elevazione al di sopra degli altri, vi sono alcuni scogli che mantengono marcate alcune differenze tra il mercato dei servizi ed il mercato tradizionale.

Si è infatti in presenza di asimmetria informativa nei confronti dell'utenza che porta alla mancanza di concorrenza perfetta tra gli attori del sistema. Infatti, solo in presenza di una totale trasparenza relativa alla qualità dei servizi offerti, l'utente è in grado di effettuare le scelte per lui migliori, potendo valutare in maniera ottimale quale sia il tipo di servizio che più si adatta ai suoi bisogni. Da qui appunto la necessità della definizione di standard rigidi che possano permettere in qualche modo una riduzione di tale mancanza di informazione, al fine di poter garantire più trasparenza a livello qualitativo nelle offerte proposte dai servizi.

1.3.1 I requisiti trasversali

Alla fine di questo percorso sono stati definiti:

- requisiti e standard di Autorizzazione
- requisiti e standard di Accreditamento

Tra questi vi sono dei requisiti generali, che valgono per tutte le unità di offerta sociali e socio-sanitarie, e altri requisiti specifici, caratteristici e distintivi per ciascuna tipologia di servizi.

I requisiti trasversali sono:

per l'Autorizzazione, l'Esplicitazione della Mission del Servizio e la Redazione e Diffusione della Carta del Servizio

per l'Accreditamento, la Formazione del Personale, la Pulizia degli Ambienti e la Rilevazione della Soddisfazione degli Utenti, dei Committenti e delle Famiglie

1.3.2 I requisiti specifici

Dato che l'Autorizzazione è vista come un primo, fondamentale passo per un servizio che desidera entrare nel mercato, i criteri ad essa relativi saranno necessariamente improntati al definire il livello qualitativo minimo richiesto per poter aprire le strutture agli utenti. I requisiti definiti per il percorso di Autorizzazione all'esercizio regolano l'entrata nel mercato imponendo precisi vincoli a livello strutturale (sicurezza ed adeguatezza degli spazi, coerenza del personale relativamente alle prestazioni erogate), funzionale (aspetti inerenti tipologie e numerosità del personale incaricato) e in piccola parte relativamente

alla trasparenza del servizio (la Carta del Servizio, la presenza e completezza di un Registro per gli utenti).

Sono quindi stati identificati i seguenti requisiti che vogliono essere sinonimo di garanzia nei confronti dell'utenza per quanto riguarda risorse umane, strutture e trasparenza:

- Requisiti Funzionali: Personale, Supervisione, Coordinamento
- Requisiti Strutturali: Barriere Architettoniche, Localizzazione, Spazi e Funzioni, Camere da Letto, Bagni e Spazi Esterni
- Requisiti Tecnologici: Ausili e Mezzi di Trasporto
- Requisiti Organizzativi: rispetto delle norme sull'Igiene e sulla Sicurezza, Trasparenza nei Costi, esistenza di un Registro dei Presenti, Integrazione con la Rete Territoriale e presenza della Progettazione Educativa

per l'Autorizzazione;

L'Accreditamento rappresenta una garanzia di qualità legata ai processi di lavoro, che si aggiunge alle garanzie date mediante l'Autorizzazione (essere autorizzati è un prerequisito per essere accreditati)

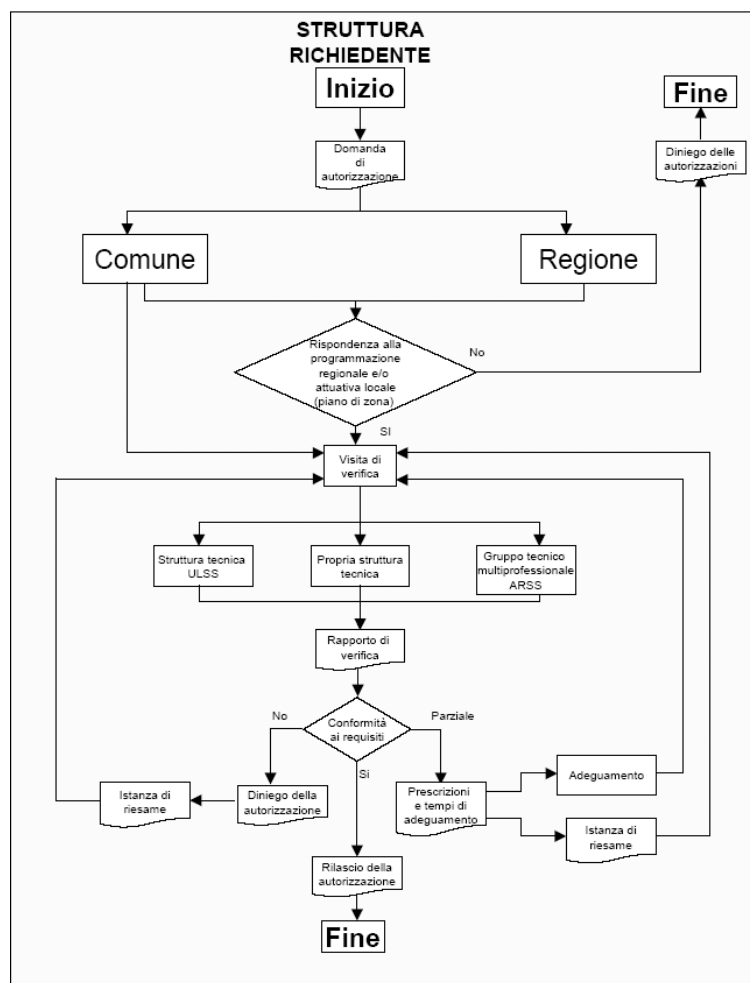
- Requisiti Organizzativi: specificazione degli Obiettivi del Servizio, Programmazione, Gestione delle Emergenze, Controllo di Gestione e dei Risultati, Condivisione, Organizzazione Interna al Servizio, Integrazione con la Rete Territoriale, presenza e gestione del Volontariato, Personalizzazione dei Progetti (PAI/Progettazione Educativa/PP/PEI), Presenza di una Cartella Personale, Coinvolgimento della Famiglia, creazione di un Clima Familiare e Sanificazione degli Ambienti

per l'Accreditamento.

1.4 Il percorso di Autorizzazione all'esercizio

La richiesta di Autorizzazione all'esercizio deve essere effettuata sia dalle strutture già avviate (alla scadenza delle precedenti autorizzazioni o quando rinnovino gli spazi o la struttura), sia dalle strutture di nuova realizzazione. La procedura è schematizzata come segue:

Figura 1: Diagramma di flusso per il percorso di Autorizzazione



La domanda di Autorizzazione è presentata dal titolare di una struttura al Comune od alla Regione, a seconda di quale tipologia di struttura si tratta.

Al Comune (od ai Comuni che gestiscono direttamente i servizi) spetta il compito di gestire il processo di Autorizzazione e l'attuazione delle relative procedure per le strutture gestite direttamente.

All'Azienda ULSS spetta il compito di gestione del percorso, delegato dai comuni, qualora la struttura od il servizio siano di tipo sociale, delle verifiche e dell'attuazione delle procedure per le proprie strutture ed infine della gestione del processo di Autorizzazione di funzioni socio-sanitarie o sociali qualora delegate dai Comuni od attribuite dalla Legge.

Assieme alla domanda, dovranno essere inviate anche le liste di verifica (documenti riportanti i dati relativi alla struttura e i requisiti, trasversali e specifici, propri della tipologia cui questa appartiene) compilate dal richiedente. Qualora la struttura sia già in esercizio, c'è la necessità di includere anche un piano dove sono indicati i percorsi di adeguamento previsti per i requisiti non completamente soddisfatti.

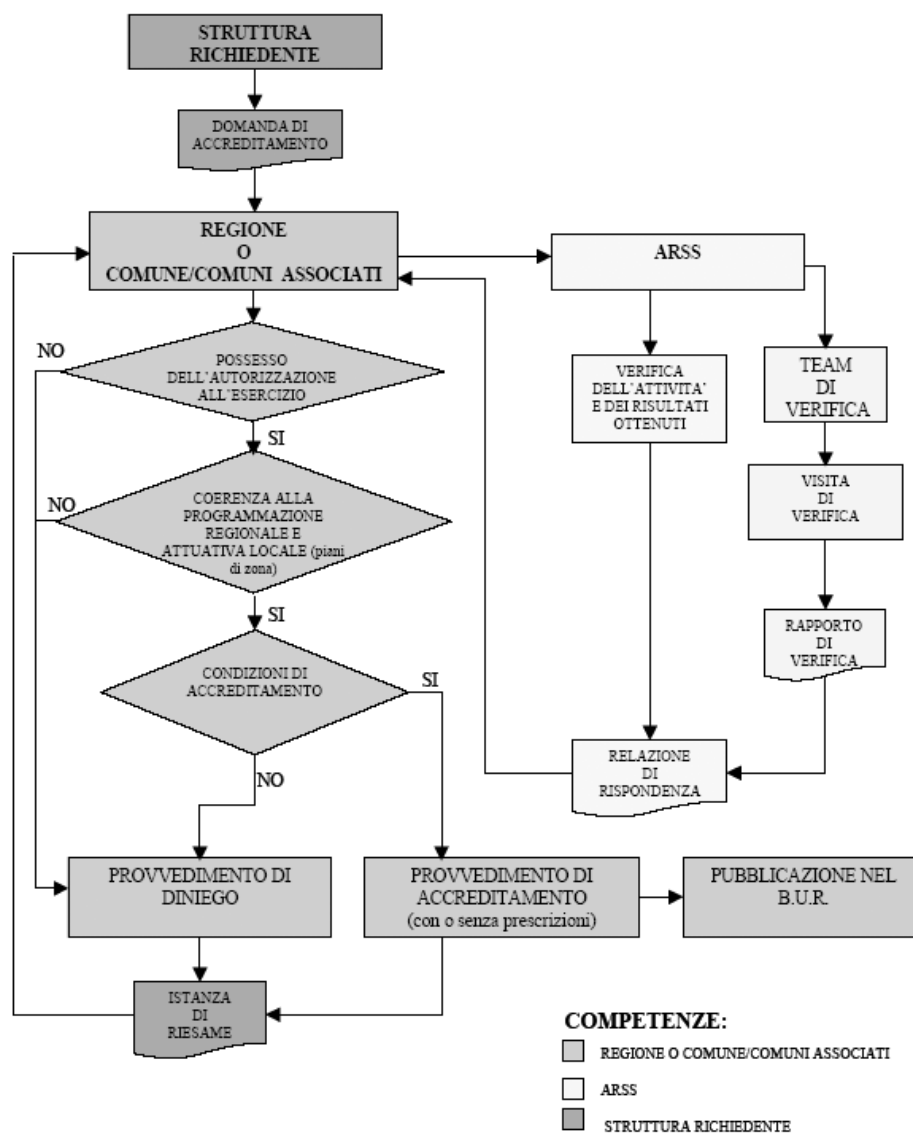
La procedura di Autorizzazione si chiude con la valutazione del servizio da parte di un gruppo di verifica, che produrrà un report utilizzato dall'ente competente (Comune, Regione o Azienda ULSS delegata) per il rilascio o il diniego dell'Autorizzazione.

La durata dell'Autorizzazione all'esercizio è di 5 anni ed è soggetta a rinnovo che richiede comunque la nuova verifica del rispetto di tutti i requisiti. L'Autorizzazione all'esercizio può comunque essere revocata, qualora si verifichi una carenza di rispetto dei requisiti.

1.5 Il percorso di Accreditamento Istituzionale

Il percorso di Accreditamento Istituzionale viene intrapreso da tutte le strutture (volontariamente o obbligatoriamente qualora vi sia l'utilizzo da parte di queste di fondi del SSSR) nuove oppure già esistenti e provvisoriamente accreditate.

Figura 2: Diagramma di flusso per il percorso di Accreditamento Istituzionale



La domanda relativa a tale percorso è presentata dal titolare assieme al documento attestante l'Autorizzazione all'esercizio delle attività, una relazione che funge da presentazione per la struttura (mission, tipologia di utenti raggiunti, prestazioni erogate, risorse umane), le liste di verifica contenenti gli ulteriori requisiti (trasversali e specifici) propri del percorso di Accredimento ed una lista di indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati conseguiti.

Tale richiesta sarà inviata alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale per quanto riguarda le strutture sanitarie e socio-sanitarie, oppure al Comune per le strutture od i servizi sociali.

Al Comune spettano i compiti di gestione del percorso di Accredimento e di attuazione delle procedure per quanto riguarda le proprie strutture.

All'azienda ULSS va il compito di gestire il processo di Accredimento delle strutture socio-sanitarie e sociali delegate dai comuni o attribuitele dalla legge e l'attuazione delle procedure per le strutture concernenti la ULSS stessa.

Nel caso dell'Accredimento, che una volta ottenuto ha durata triennale, l'iter ha termine quando l'unità di offerta raggiunge o supera un determinato punteggio medio. Qualora questo non accada, vi saranno delle prescrizioni cui adempiere entro precisi termini.

Nel caso di una struttura nuova o dell'avvio di una nuova attività in una struttura preesistente, l'Accredimento può essere provvisoriamente concesso per la durata di un anno.

Qualora invece vi sia il diniego dell'Accreditamento la struttura interessata può presentare nuova verifica non prima di un anno e solo una volta apportate le modifiche richieste.

CAPITOLO 2

I dati

2.1 La raccolta dei dati

Ogni struttura ha sperimentato due processi di valutazione mediante:

- Uno strumento di rilevazione, curato da emme&erre, che consente la raccolta di informazioni analitiche sensibilmente ai sottocriteri che vanno a comporre ciascuno standard
- Una lista di verifica, messa a disposizione dalla Regione, con cui è stata chiamata ad autovalutarsi circa la rispondenza agli standard, forte delle informazioni raccolte mediante lo strumento; tale lista prevede risposte di tipo sì/no (circa la soddisfazione di quanto richiesto dallo standard) per l'Autorizzazione e possibilità di scelta tra 3 modalità (0 per un requisito non rispettato, 60 per un requisito rispettato a sufficienza e 100 per un requisito pienamente rispettato) per l'Accreditamento.

La raccolta dei dati è stata quindi effettuata sulla base dei contenuti dei due strumenti. Questi ultimi risultano indispensabili quando si intende percorrere un processo di valutazione sensibile ed attendibile; attraverso gli strumenti si possono raccogliere i dati analitici che stanno alla base della valutazione dei requisiti di qualità e quindi rendere il processo di valutazione più ancorato ad elementi oggettivi. Esistono alcune criticità che riguardano questi mezzi di rilevazione, criticità derivanti sia dalla presenza di dati mancanti (non tutti gli strumenti sono stati compilati completamente) sia da una difficoltà di fondo

propria della valutazione, ossia la distorsione dei risultati da parte di una componente soggettiva che non può essere eliminata.

2.1.1 Lo strumento di rilevazione

La configurazione dello strumento è quella di una lista di elementi (possibilmente semplice e strutturata al massimo) utile al valutatore come traccia per verificare il rispetto dei singoli aspetti che oggettivano uno standard. Tale operazione va fatta quando si è forti della definizione, fatta a monte, di un profilo di qualità (contenente i criteri da cui dipendono tutte le misurazioni), degli indicatori da utilizzare (che, in quanto dipendenti da grandezze quantitative perdono di significato nel momento della loro omissione) , degli elementi da osservare (possibilmente unidimensionali) e degli standard cui rifarsi (dove le definizioni di rispondenza/non rispondenza sono ben definite e con queste lo è anche la distanza dal rispetto del requisito).

Tre sono le tecniche per ottenere i dati necessari a tale operazione: l'*analisi documentale* che consiste in un insieme di regole per l'analisi del contenuto (e delle caratteristiche di questo, quali presenza, completezza etc.) dei documenti relativi al sistema oggetto d'indagine, l'*osservazione* che prevede la definizione dei criteri con cui analizzare concetti osservabili solo sul luogo dell'indagine e di un'analisi attraverso l'*intervista*, operazione che risente molto della preparazione del valutatore (e dell'intervistato) della quantità e complessità degli standard da trattare e che raramente risulta essere non strutturata.

Una necessità comune a tutti e tre gli strumenti di rilevazione è la *flessibilità*.

Più gli strumenti sono flessibili, più le capacità del valutatore giocano un ruolo importante nel loro utilizzo; infatti, strumenti rigidi possiedono poca sensibilità (in quanto vincolati dalla loro stessa struttura a seguire direzioni predefinite) e non permettono di carpire variabili molto importanti che possono contenere le vere cause del mancato rispetto di uno standard, quali la storia del servizio, la sua tipologia le caratteristiche di percorsi da questo intrapresi.

2.1.2 Gli indicatori

Sulla scorta delle informazioni raccolte, è stato possibile creare due diversi indicatori; uno di tipo soggettivo, basato sulle risposte date nelle liste di verifica e frutto di un'autovalutazione dei singoli servizi ed uno oggettivo, nato dai dati contenuti nello strumento di rilevazione e che risulta essere una trasformazione delle informazioni che si sono ottenute dalle analisi delle risposte dei singoli requisiti; ossia un indice di sintesi che permette di riassumere in un unico numero tante risposdenze a singoli sottocriteri contenuti in uno standard. Questa operazione di sintesi non prevede che sia dato diverso peso a ciascun sottorequisito, e vuole quindi che tutti i concetti che entrano a far parte di ciascun standard siano di uguale importanza nella valutazione finale della risposta a quanto richiesto.

2.2 L'analisi dei dati

Per un prima analisi esplorativa dei dati, si è tenuto sempre come riferimento lo strumento della lista di verifica, ossia l'autovalutazione che ciascuna unità d'offerta ha effettuato durante i due percorsi. Il secondo strumento a

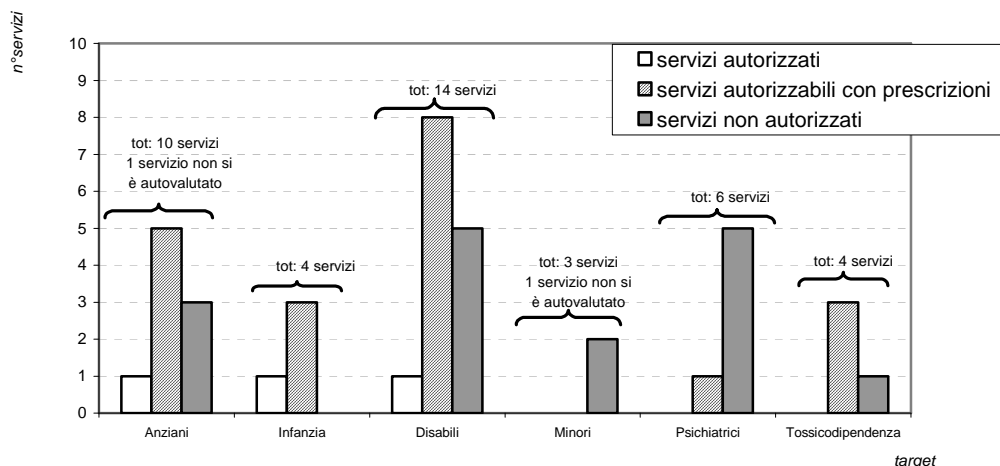
disposizione, l'indicatore oggettivo comunque affiancato ai valori del primo come indice di sintesi, è stato posto in secondo piano. Due diverse elaborazioni sono state fatte per riuscire a dare una prima visione d'insieme. Come dettato dalle richieste dei due percorsi, per l'Autorizzazione si è andati ad individuare tutte le strutture che hanno dato risposta positiva nella lista di verifica per almeno l'80% dei requisiti (soglia minima per l'Autorizzazione con prescrizioni); mentre, per quanto riguarda l'Accreditamento, sono state ritenute positive le situazioni delle strutture che risultavano avere la media del punteggio autoassegnatosi superiore a 60 (che rispettavano quindi almeno il 60% delle richieste fatte dagli standard, risultando quindi accreditabili con prescrizione).

2.3 I primi risultati

Le prime esplorazioni dei dati raccolti rendono possibile una sintesi relativa alle condizioni delle strutture circa le adesioni agli standard richiesti da Autorizzazione ed Accreditamento. Si hanno, di seguito, le descrizioni delle situazioni relative alle strutture coinvolte nei due processi dove vengono messi in evidenza i risultati ottenuti dall'utilizzo dei due strumenti.

2.3.1 Autorizzazione

Grafico 1: la situazione dei servizi rispetto all'Autorizzazione



La situazione, per quanto riguarda il conseguimento dell'Autorizzazione all'esercizio, vede quasi il 50% delle strutture autorizzabili sì, ma con prescrizioni; questo sta a significare che 20 strutture su 41 rispondono ad almeno l'80% dei requisiti ad esse richiesti.

Altre 16 strutture risultano non essere autorizzabili, ossia presentano carenza in più del 20% dei requisiti (da notare soprattutto gli istituti per minori e per persone con disagi psichiatrici, in cui la quasi totalità delle unità di offerta esaminate appartiene a tale categoria). Quattro strutture su 41 sono autorizzate, rispondono cioè alla totalità dei requisiti (una unità di offerta – un istituto per minori – non si è autovalutata).

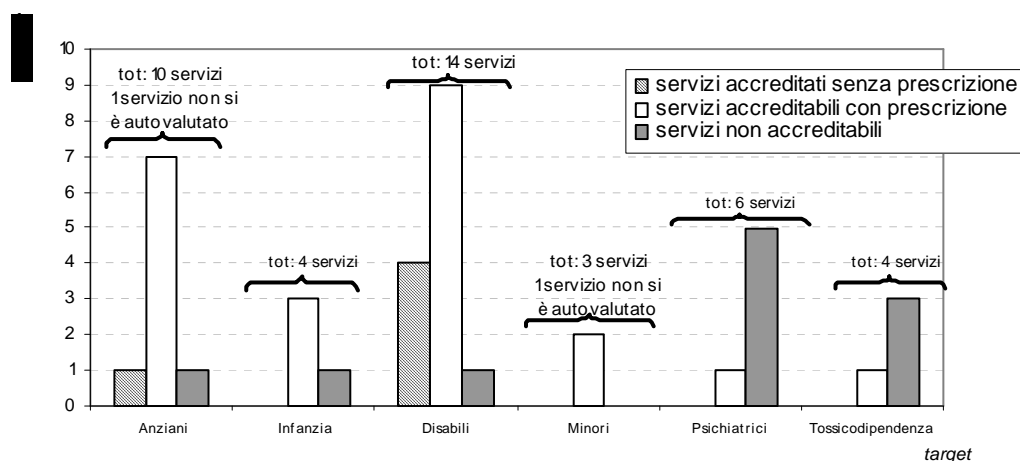
La prima analisi relativa alle condizioni delle strutture in esame porta all'individuazione di aree critiche su cui queste dovranno lavorare colmando le varie lacune che vanno ad allontanarle dalla condizione ottimale per essere autorizzate. Un elemento comune, tra le carenze delle strutture riguarda il personale. Il settore relativo agli operatori delle varie strutture ha infatti

mananze relative soprattutto alle numerosità (rapporto personale/utenti) ed alle qualifiche degli addetti. Altro elemento comune, dove lo standard è pertinente, riguarda la trasparenza nella comunicazione dei costi. Nelle strutture per anziani, nonostante l'autovalutazione dia sempre risultati positivi, nel 60% dei casi mancano definizioni circa le modalità di comunicazione mentre in quelle per psichiatrici la maggior parte delle strutture non ha alcuna documentazione a riguardo. A livello strutturale, le unità d'offerta presentano maggiori carenze riguardo al numero di bagni ed agli spazi dedicati alle camere. Gli altri aspetti su cui si dovranno fare degli adeguamenti sono la diffusione e la completezza della Carta dei Servizi (requisito trasversale alle strutture: meno del 20% dei servizi ha la Carta adeguata).

2.3.2 Accreditemento

Sempre in base ai giudizi di autovalutazione, il quadro generale, per quanto riguarda le unità di offerta coinvolte nell'Accreditemento Istituzionale, è il seguente:

Grafico 2 : Situazione dei servizi rispetto all'Accreditemento



Come si può notare, la maggior parte delle strutture è nella stessa situazione vista nell'ambito dell'Autorizzazione. Si hanno infatti solamente 5 servizi completamente aderenti alle richieste poste dagli standard, 23 (più del 50%) accreditabili con prescrizioni e 6 non accreditabili. Due servizi non si sono autovalutati. Anche in questo caso è possibile individuare le mancanze esistenti nelle varie strutture. Come detto in precedenza, in questo caso gli standard sono, per la quasi totalità, di tipo "qualitativo" ossia riguardano la parte organizzativa delle strutture (sono quindi meno oggettivi e potenzialmente più esposti a distorsioni).

Elementi di criticità comuni sono apportati dal controllo e gestione dei risultati, dalla difficoltà nel pianificare la personalizzazione degli interventi e da una scarsa strutturazione del coinvolgimento delle famiglie.

L'aspetto più critico è relativo alla valutazione della soddisfazione degli utenti delle famiglie e dei committenti (requisito trasversale a tutte le strutture), dove solo quelle per anziani, infanzia e disabili hanno dato indicazioni circa il rispetto dei requisiti.

Globalmente la situazione andrebbe migliorata progettando interventi mirati ad affinare i processi di gestione e controllo dei risultati ed aumentare la consapevolezza da parte dei servizi per quanto riguarda la rilevazione e valutazione della soddisfazione degli utenti delle famiglie e dei committenti, sia dal punto di vista della produzione di documenti sia nell'ambito della descrizione, verifica e monitoraggio dei progetti.

CAPITOLO 3

Analisi dei requisiti e delle differenze in termini di rispondenza

L'obiettivo è quello di effettuare alcune analisi sulle risposte date dalle strutture coinvolte ad alcuni requisiti proposti nelle liste di verifica.

E' infatti possibile notare alcune differenze, nell'ambito di una stessa unità d'offerta, a livello di autovalutazione e verifica su lista, cosa che invece non dovrebbe succedere. Qualora, infatti, una struttura si autovaluti in maniera positiva, la verifica, preposta a dare un giudizio oggettivo, dovrebbe confermare tale situazione, e viceversa. Queste discrepanze possono essere attribuibili a molte variabili, ma le cause principali sono, molto probabilmente, la presenza di una qualche distorsione introdotta dal valutatore qualora chiamato a tradurre in grandezza misurabile un concetto di natura non completamente oggettiva (come ad esempio la quantificazione della rispondenza ad un requisito di tipo organizzativo), la difficoltà nella raccolta di dati analitici (i metri quadri delle camere o dei bagni, le ore lavorate dagli operatori, etc.), la presenza di dati mancanti, dovuta a compilazioni incomplete degli strumenti.

3.1 Gli standard

Al fine di ottenere il maggior numero di informazioni possibili, si è scelto di osservare i dati relativi agli standard trasversali e ad alcuni altri che sono comuni al maggior numero di unità d'offerta possibile.

Si effettueranno quindi le analisi mantenendo la distinzione tra i requisiti relativi al percorso di Autorizzazione e quelli relativi al percorso di Accredimento Istituzionale. Per diversità relative ai due percorsi, i servizi per tossicodipendenti sono stati analizzati solo relativamente alle risponderne ai requisiti trasversali.

3.2 L'Autorizzazione

a) Gli Standard Trasversali

Il percorso verso l'ottenimento dell'Autorizzazione annovera, tra gli altri, due standard trasversali a tutte le strutture di tipo sanitario, socio-sanitario e sociale.

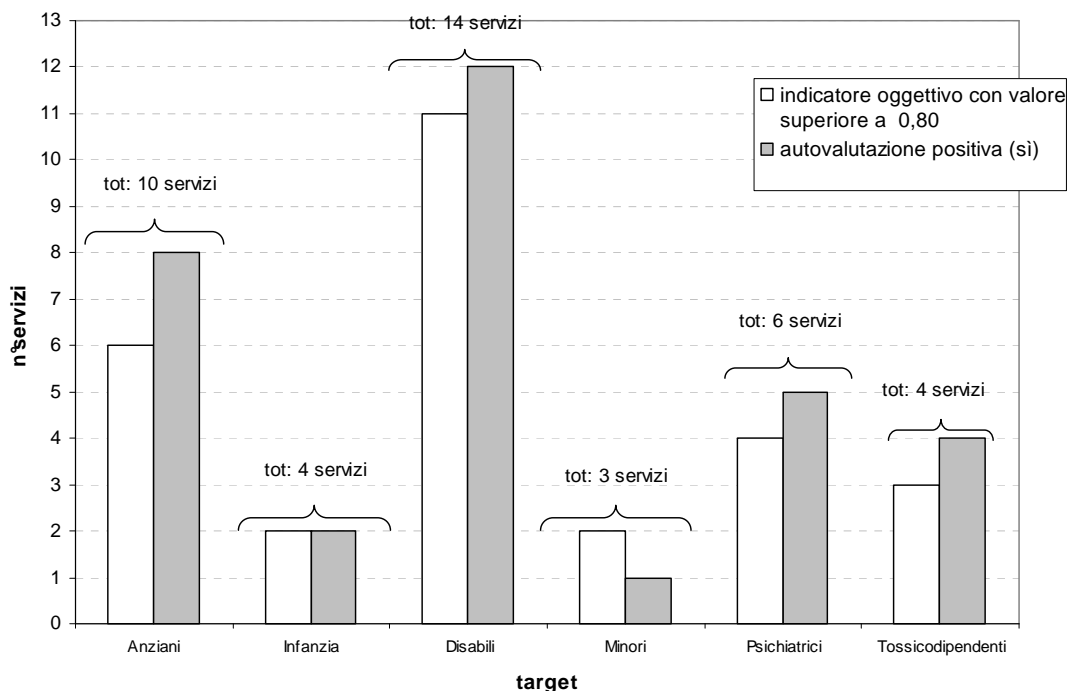
Esplicitazione della Mission

L'Ente Gestore deve definire, fin dal momento della sua costituzione, la mission, ovvero l'impegno che, attraverso lo svolgimento delle attività, si vuole dedicare al raggiungimento di un obiettivo generale di carattere socio-assistenziale. La Direzione deve definire il risultato generale da raggiungere, individuare le tipologie di utenza e i servizi di riferimento. Dovrà inoltre indicare le strategie di sviluppo del servizio che intende perseguire.

Il requisito riguardante la definizione della mission del servizio risulta importante poiché rende possibile, oltre che l'identificazione delle finalità del servizio stesso, un'occasione di autocritica: un ente che dichiara la sua mission e quindi i suoi obiettivi principali ha, in un secondo momento, la possibilità di osservare quanto egli stesso si allontana dai traguardi prefissatisi rientrando quindi nel meccanismo che vuole la costante presenza dell'ambire al continuo miglioramento della qualità dei servizi offerti e della crescita.

La situazione in termini di rispondenza a tale standard è la seguente

Grafico 3: Esplicitazione della Mission



Tale requisito non rappresenta una grossa difficoltà per le strutture e, per quanto riguarda l'autovalutazione, gran parte dei servizi si reputa già adeguata allo standard; tale strumento presenta infatti sistematicamente valori più alti rispetto a quelli ottenuti dall'utilizzo dell'indicatore oggettivo. La situazione a livello di indicatore oggettivo appare leggermente diversa, più critica rispetto al punto di vista soggettivo riguardante la rispondenza.

L'inadeguatezza di alcune strutture è portata da incompletezze a livello di specificazione di alcune parti della definizione della mission, come l'individuazione delle strategie di sviluppo o dei servizi di riferimento.

In termini di concordanza tra le risposte date ai due strumenti, la situazione è la seguente:

		indicatore oggettivo	
		suff	insuff
autovalutazione	sì	23	9
	no	0	0

Tabella 1: Esplicitazione della Mission – concordanza

La tabella permette di suddividere in quattro categorie le strutture: coloro le quali hanno effettuato un'autovalutazione positiva e risultano essere sufficienti anche a livello di indicatore oggettivo, quelle che si dicono sufficienti contrariamente a quanto individuato dal risultato della verifica sulla check list, le strutture che superano la soglia di sufficienza per lo strumento oggettivo e che hanno una percezione negativa rispetto alla loro adeguatezza allo standard e le strutture che hanno entrambi i giudizi negativi (concordanza tra indicatore oggettivo ed autovalutazione).

Per dare un giudizio sulla concordanza esistente tra le due osservazioni, è stato utilizzato il coefficiente **k** di Cohen per variabili dicotomiche. Tale coefficiente varia tra -1 ed 1 e raggiunge il suo massimo quando tutte le frequenze stanno sulla diagonale principale ed è verificata l'ipotesi di concordanza perfetta, 0 qualora le frequenze abbiano una distribuzione completamente casuale nella tabella e -1 nella poco probabile ipotesi che le due osservazioni discordino completamente.

	0	1
0	a	b
1	c	d

$$k = \frac{2(ad - bc)}{(a + b)(b + d) + (a + c)(c + d)}$$

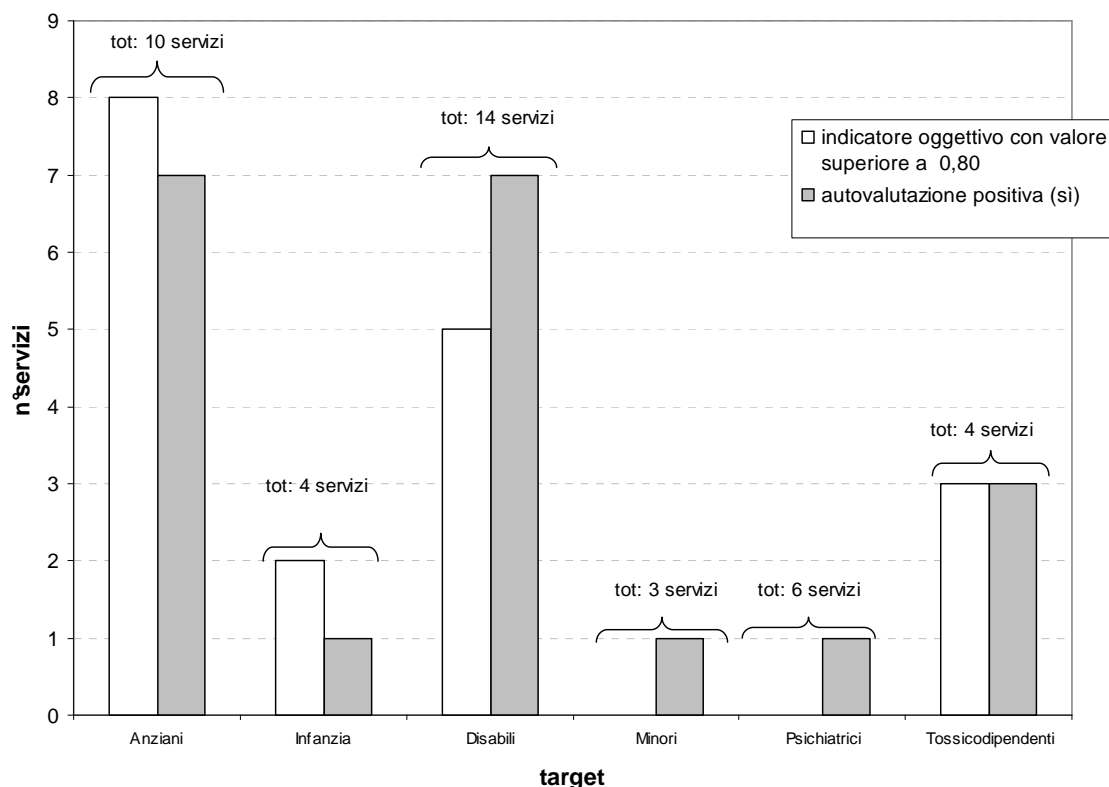
Qualora il livello di concordanza risulti basso, è in forte dubbio che le statistiche calcolate con i dati siano valida descrizione del fenomeno in esame.

In questo caso, la maggior parte dei servizi che si ritengono adeguati sono anche sufficienti nella valutazione fatta dall'indicatore oggettivo. Le 9 unità presenti nell'altra cella sono in un certo senso "vittime" della differenza esistente tra la valutazione data dall'indicatore oggettivo e quella relativa alla loro percezione per quanto riguarda questo standard. Molto probabilmente l'indicatore oggettivo ha spostate quelle unità nella cella adiacente in quanto, nonostante l'assenza di ponderazione, risulta essere più puntuale rispetto all'altro strumento. Il valore di k , per la tabella analizzata non è calcolabile, in quanto una delle due variabili (l'autovalutazione) assume un solo valore, e non permette di effettuare l'analisi di concordanza.

Definizione e Diffusione della Carta del Servizio

Nella Carta del Servizio sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi della struttura, le modalità di funzionamento degli stessi, le condizioni per facilitare le valutazioni del servizio da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, le procedure per assicurare la tutela degli utenti finali.

Grafico 4: Definizione e diffusione della Carta del Servizio



Il requisito richiedente la redazione e diffusione della Carta del Servizio si trova in una situazione ben più complessa. Solo il 25% dei servizi per l'infanzia dichiara di rispondere positivamente allo standard, nessuna struttura per minori o psichiatrici risulta essere adeguata (molte comunità che ospitano malati psichiatrici hanno dato indicazioni circa l'esistenza e la diffusione di una Carta del Servizio non contente però elementi specifici previsti dal requisito). Il 70% (7 strutture su 10) degli istituti per anziani ha un'autovalutazione positiva mentre l'insieme delle strutture valutate positivamente dall'indicatore oggettivo contiene un'unità in più (8 su 10). Tutte le comunità per tossicodipendenti hanno redatto la Carta, e a poche di queste saranno richieste integrazioni. Il 50% delle strutture per disabili si ritiene conforme allo standard, mentre, secondo l'indicatore oggettivo, solo 5 strutture su 14 (35%) lo sono davvero.

		indicatore oggettivo	
		suff	insuff
autovalutazione	sì	15	5
	no	0	11

Tabella 2: Definizione e diffusione della Carta del Servizio – concordanza

Una situazione diversa si ha nella classificazione riguardante la definizione e diffusione della Carta del Servizio, che vede la maggior parte delle unità distribuite lungo la diagonale. Questo porta a concludere che molte delle carte del servizio che sono state definite e/o diffuse in modo incompleto, hanno comunque ricevuto un'autovalutazione negativa e viceversa. Il valore di k per questa tabella dovrebbe risultare significativamente alto, andando a confermare la concordanza tra i due strumenti. Infatti, l'indice vale 0,68, considerabile come un valore per cui la concordanza è buona.

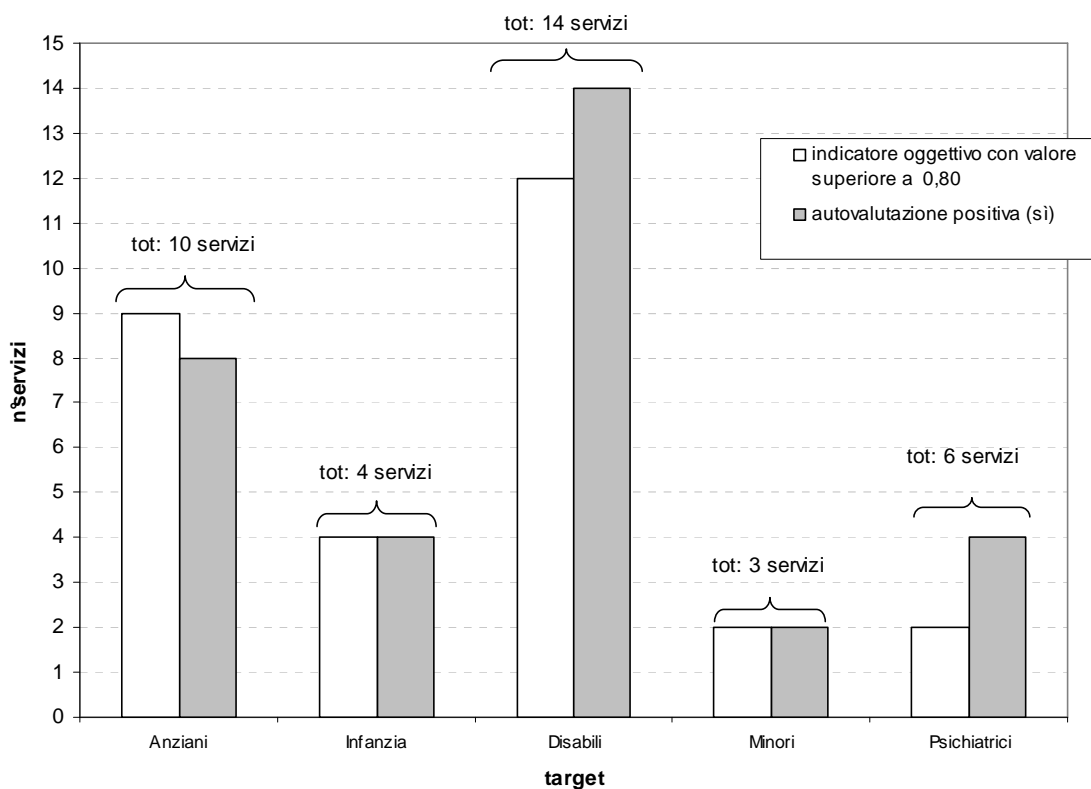
b) Gli Standard Specifici

Segue l'analisi di due requisiti specifici che le strutture intenzionate a seguire il percorso di Autorizzazione devono rispettare. Questi due standard sono stati scelti con il criterio presentato in precedenza, ovvero cercando di individuare quelli che risultano comunque comuni al maggior numero di servizi.

Registro delle presenze

Lo standard cambia sensibilmente alla tipologia di struttura e di target, ma richiede comunque la presenza di un registro in cui è tenuta traccia dei nominativi degli utenti che usufruiscono del servizio, delle loro presenze/assenze all'interno della struttura, e del recapito di una persona cui fare riferimento, per ciascun utente.

Grafico 5: Registro delle presenze



Nel caso di servizio residenziale per psichiatrici, tale standard non è rispettato (il registro non è predisposto – 2 casi su 6) o lo è solo in parte (3 casi su 6). Vi sono due strutture che non si sono autovalutate (una struttura per anziani ed una per minori).

		indicatore oggettivo	
		suff	insuff
autovalutazione	sì	28	4
	no	0	3

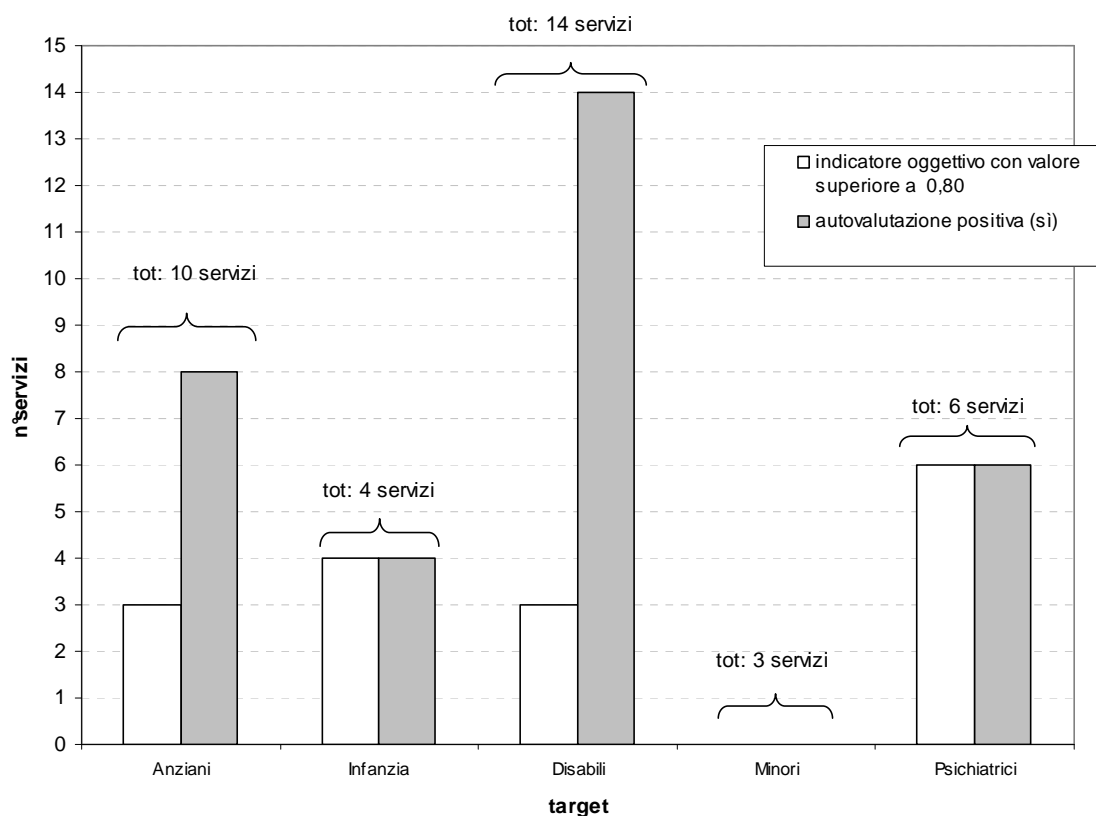
Tabella 3: Registro delle presenze – concordanza

Anche in questo caso è possibile osservare la presenza di quattro unità valutate positivamente pur non rispettando lo standard. Questa situazione trova le sue cause nella completezza di quanto richiesto dallo standard, risultando ipoteticamente sufficiente sotto alcuni aspetti (per una parte quindi dei sottorequisiti) ma affetta da lacune o imperfezioni in altri; quindi è ancora una volta possibile notare come l'autovalutazione possa sì essere portatrice di possibilità di confronto tra le effettive realtà delle strutture, ma dall'altro lato anche indurre a situazioni tra loro contrastanti, in quanto frutto di una singola, sintetica domanda fissata per valutare la presenza/assenza di rispetto dello standard nel suo complesso e non utilizzabile per analizzare invece il grado di autopercezione. Si nota comunque una vicinanza alla condizione per cui è possibile affermare l'esistenza di concordanza (la maggior parte delle unità è infatti concentrata in una cella della diagonale principale). Il valore di k è di 0,54, e la concordanza da questo espressa è considerevole significativa.

Localizzazione – adeguatezza situazione urbanistica

Lo standard fa riferimento al sito in cui la struttura è collocata. Vi sono particolari sottorequisiti che variano sensibilmente alla natura dei servizi offerti dell'ente, e alla tipologia di target. Solitamente è richiesto alle strutture di trovarsi in luoghi facilmente raggiungibili da mezzi pubblici (per favorire la loro raggiungibilità da parte di tutti gli utenti, in particolare quelli con difficoltà ad effettuare spostamenti in modo autonomo) o di essere vicino ad altre sedi frequentate dagli utenti (scuole, posti di lavoro etc...)

Grafico 6: Localizzazione - adeguatezza situazione urbanistica



Le risposte allo standard sono molto diverse. Servizi rivolti ad infanzia e malati psichiatrici riportano risultati in pieno accordo tra loro (indicatore oggettivo ed autovalutazione indicano sopra la soglia di sufficienza tutte le strutture coinvolte). Per quanto riguarda anziani e disabili, le numerosità delle strutture autovalutate positivamente sono sistematicamente più alte rispetto a quelle indicate dal risultato della verifica su check list. Una spiegazione può essere data dall'effettiva difficoltà a dare una misurazione rigorosa del rispetto verso tale requisito quando questa viene da un'autopercezione. Infatti da un lato l'autovalutazione richiede semplicemente un giudizio sul rispetto del requisito (soggetto quindi a valutazioni poco oggettive), mentre dall'altro l'indicatore oggettivo nasce come somma di punteggi che scaturiscono dalla presenza/assenza di rispetto di ciascun concetto espresso dal requisito (la struttura è collocata in un posto soleggiato, lontano da fonti di inquinamento, facilmente raggiungibile da mezzi pubblici, lontano da strade molto trafficate...). Si è dinnanzi ad una prima grande differenza tra le possibilità di misurazione fornite dai due strumenti. Se si rivolge infatti l'attenzione alle strutture degli standard (molto spesso composti da un grande numero di sottorequisiti) è facile vedere come una mancanza di ponderazione delle parti che li compongono vada in qualche modo ad indebolire la misurazione dell'effettiva distanza dal rispetto di questi.

A livello logico, ciascuno degli aspetti annoverati nel testo stesso di uno standard hanno per loro natura un peso diverso, che va ad incidere profondamente sulla valutazione finale della rispondenza.

		indicatore oggettivo	
		suff	insuff
autovalutazione	sì	16	16
	no	0	1

Tabella 4 Localizzazione, adeguatezza situazione urbanistica – concordanza

In questo caso si ha la conferma della difficoltà che si incontra nel dare un giudizio relativamente al rispetto di un requisito complesso molte strutture si sono infatti autovalutate positivamente nonostante la presenza di lacune a livello di rispetto dello standard (i sottorequisiti che lo compongono non sono chiaramente rispettati nel loro insieme). Si assiste infatti ad un calo del valore di concordanza ($k=0,057$) dovuto ad una forte presenza della componente con autovalutazione positiva e giudizio negativo (praticamente il 50% delle osservazioni).

3.3 L'Accreditamento Istituzionale

a) Gli Standard Trasversali

Il percorso verso l'ottenimento dell'Accreditamento comprende le richieste di adeguamento a tre standard, rivolte a tutte le strutture di tipo sanitario, socio-sanitario e sociale.

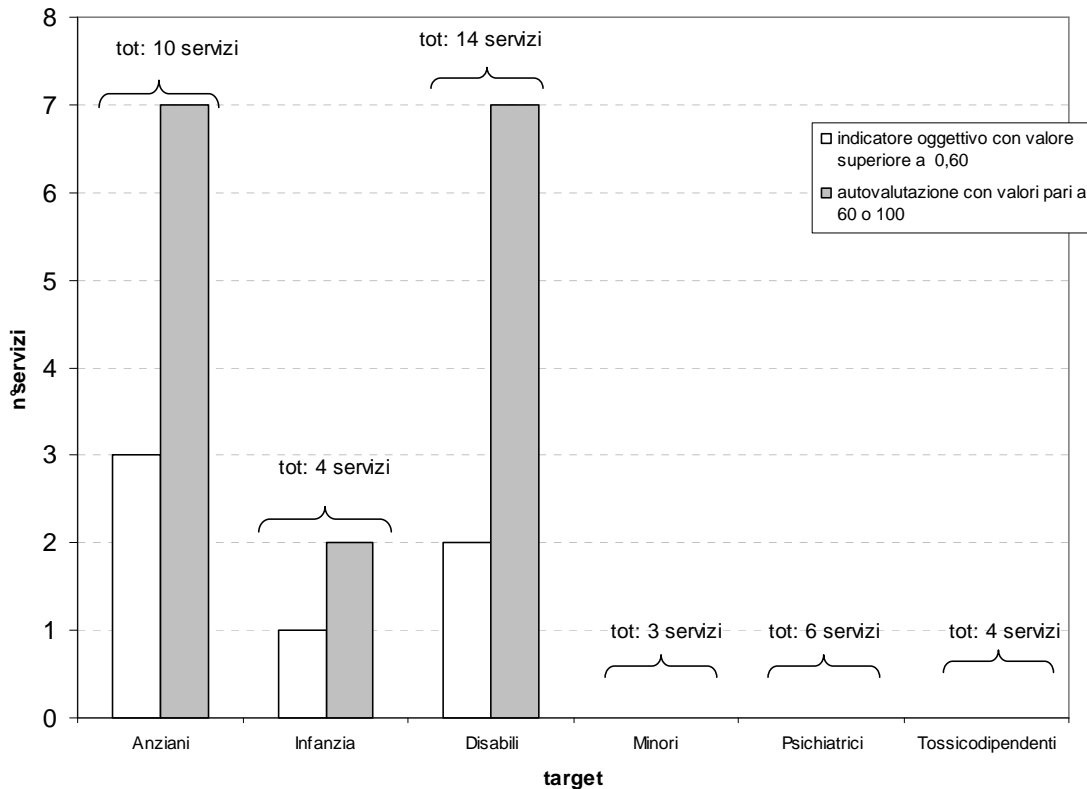
La rilevazione della soddisfazione

Devono essere messi in atto strumenti e procedure di rilevazione della soddisfazione delle ospiti, e del committente circa l'intervento complessivamente effettuato.

Fondamentalmente il requisito riguardante la rilevazione della soddisfazione degli utenti risulta essere molto importante per una valutazione del servizio offerto, soprattutto quando visto dall'ottica del Miglioramento Continuo della Qualità. Infatti, tale standard vuole che le strutture tengano traccia delle indicazioni su quanto il servizio aiuti l'utente ed il committente a soddisfare i propri bisogni, facendo allo stesso tempo emergere eventuali criticità o punti deboli nelle prestazioni che possono essere poi analizzati, migliorati e colmati.

La situazione relativamente a tale standard è:

Grafico 7: Rilevazione della soddisfazione



Il problema più consistente nasce proprio dal rispetto di questo requisito. Non si hanno infatti informazioni relative a servizi per minori, psichiatrici e tossicodipendenti, mentre le strutture per anziani, infanzia e disabili sembrano essere un po' più attente alla soddisfazione degli utenti.

In questo caso si riscontra una maggiore sensibilità dell'indicatore oggettivo rispetto alla autovalutazione, che risulta avere valori sistematicamente e sensibilmente più alti quanto a numero di servizi sufficienti relativamente al requisito in esame, soprattutto dal punto di vista della mancanza di rigore nella raccolta delle informazioni relative alla soddisfazione di coloro i quali

usufruiscono dei servizi, raccolta che spesso avviene in modo non formale o scarsamente documentato.

		indicatore oggettivo	
		suff	insuff
autovalutazione	sì	5	11
	no	0	15

Tabella 5: Rilevazione della soddisfazione – concordanza

In questo caso le tabelle sono state adattate alla forma adottata precedentemente, convogliando le risposte dell'autovalutazione con punteggi pari a 60 o 100 in un'unica classe.

La situazione non è delle migliori, fortemente penalizzata dall'assenza di ben 3 enti. La maggior parte dei servizi che sono comunque stati valutati è composta da insufficienze (di cui quasi il 50% porta una autovalutazione positiva). Guardando alla struttura della tabella, è possibile ipotizzare la presenza di concordanza tra gli strumenti, la quale risulterebbe però indebolita dalle 11 unità poste sulla diagonale secondaria. Il valore di k è di 0,305.

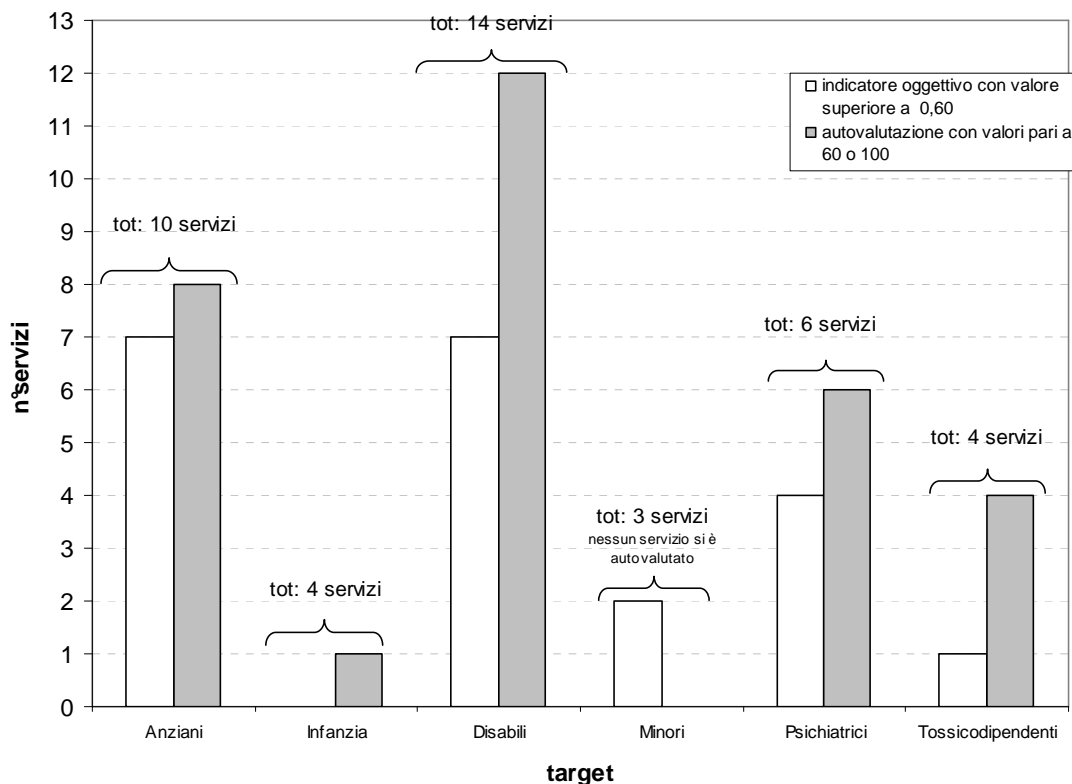
La Formazione del Personale

La formazione deve essere pianificata sui bisogni formativi del personale in funzione degli obiettivi del servizio. Tale formazione deve essere documentata anche ai fini dell'eventuale riconoscimento di crediti formativi. I percorsi formativi, sia individuali che di gruppo, devono fornire agli operatori strumenti (teorici e tecnici) utili per comprendere la complessa realtà della struttura in relazione agli ospiti e per saper organizzare percorsi educativi in funzione dei bisogni specifici.

Condizionatamente alla definizione della mission, e quindi dell'obiettivo del servizio, si ha anche la richiesta, trasversale a tutte le strutture (con piccole modificazioni a livello semantico, ma comunque volta a raggiungere il medesimo fine) che queste posseggano al loro interno degli operatori preparati ad organizzare il proprio lavoro, non solo in funzione dell'obiettivo finale dell'ente cui fanno capo, ma anche delle singole richieste che ciascun utente può avere nei confronti del servizio di cui usufruisce.

Questo requisito si colloca, assieme agli altri, nell'ottica del miglioramento della qualità offerta, andando a regolare la professionalità degli operatori che risultano comunque essere parte fondamentale e distintiva di ciascun servizio. Ovviamente sarà cura di ogni struttura favorire e documentare queste formazioni, al fine di poter attestare la loro possibilità di garanzia nei confronti del servizio offerto.

Grafico 8: Formazione del personale



La situazione è infatti meno problematica, in quanto la maggior parte delle strutture si dichiara conforme alle richieste dello standard affermando di raggiungere la sufficienza. Non vi sono state particolari attenzioni nei confronti dei fabbisogni formativi del personale, la cui analisi non sempre è condotta col fine principale di valutare l'effettiva crescita a livello di conoscenze e competenze degli operatori.

		indicatore oggettivo	
		suff	insuff
autovalutazione	sì	17	14
	no	0	1

Tabella 6: Formazione del personale – concordanza

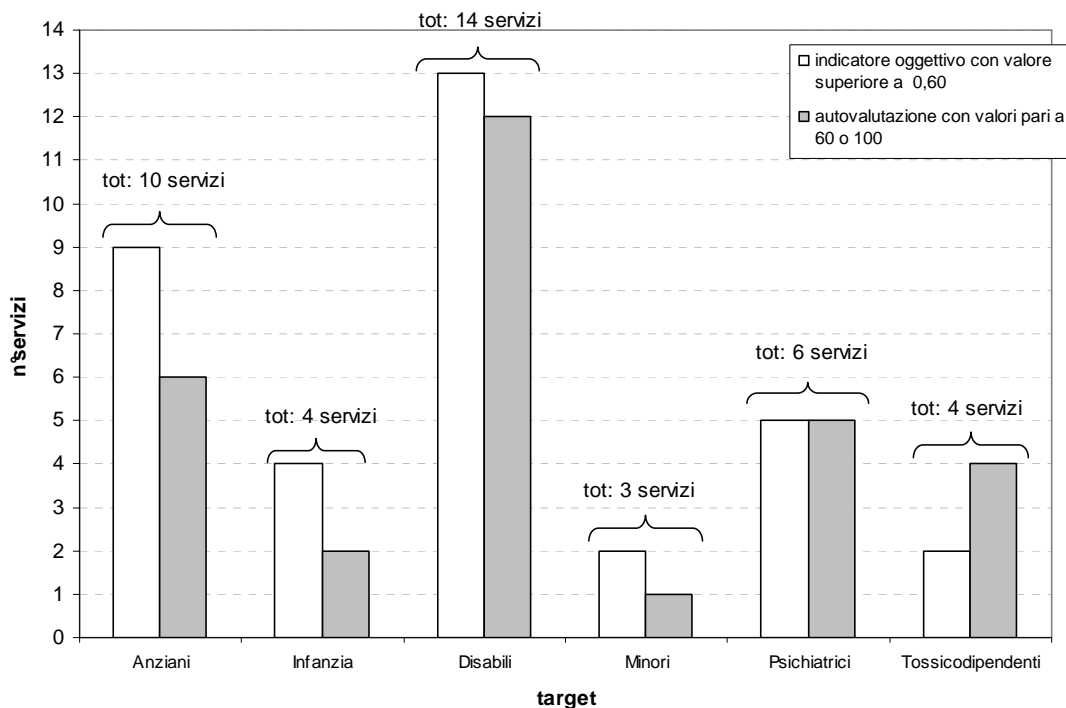
Analizzando invece le condizioni in termini di concordanza, le cose cambiano: nonostante 4 strutture sufficienti non figurino nella tabella in quanto non si sono autovalutate, la concordanza tra i due strumenti è molto bassa. Bassa in quanto quasi la metà delle strutture che hanno dato autovalutazione positiva risultano non rispondere correttamente allo standard. $k = 0,071$

La Pulizia degli Ambienti

Devono essere formalizzate delle procedure chiare per la pulizia degli ambienti e delle attrezzature.

Il contenuto del testo dello standard varia a seconda della tipologia di struttura, condizionatamente alle caratteristiche che questa ha a livello di utenza, fruizione e tipologia di servizio. Il fine ultimo è comunque quello di ottenere una rigida organizzazione nei confronti della pulizia degli ambienti nell'intenzione di garantire un certo livello di qualità dell'igiene degli ambienti utilizzati non solo dai fruitori del servizio, ma da chiunque operi all'interno della struttura.

Grafico 9: La pulizia degli ambienti



Il requisito in esame non sembra rappresentare una difficoltà per le strutture che si dichiarano adeguate per quanto riguarda la pulizia degli ambienti.

		indicatore oggettivo	
		suff	insuff
autovalutazione	sì	25	5
	no	0	0

Tabella 7: La pulizia degli ambienti

Il valore di k non è calcolabile, per la stessa ragione vista in precedenza. Si nota però come la maggior parte dei servizi che hanno effettuato

l'autovalutazione abbia una rispondenza sufficiente alle richieste poste dallo standard.

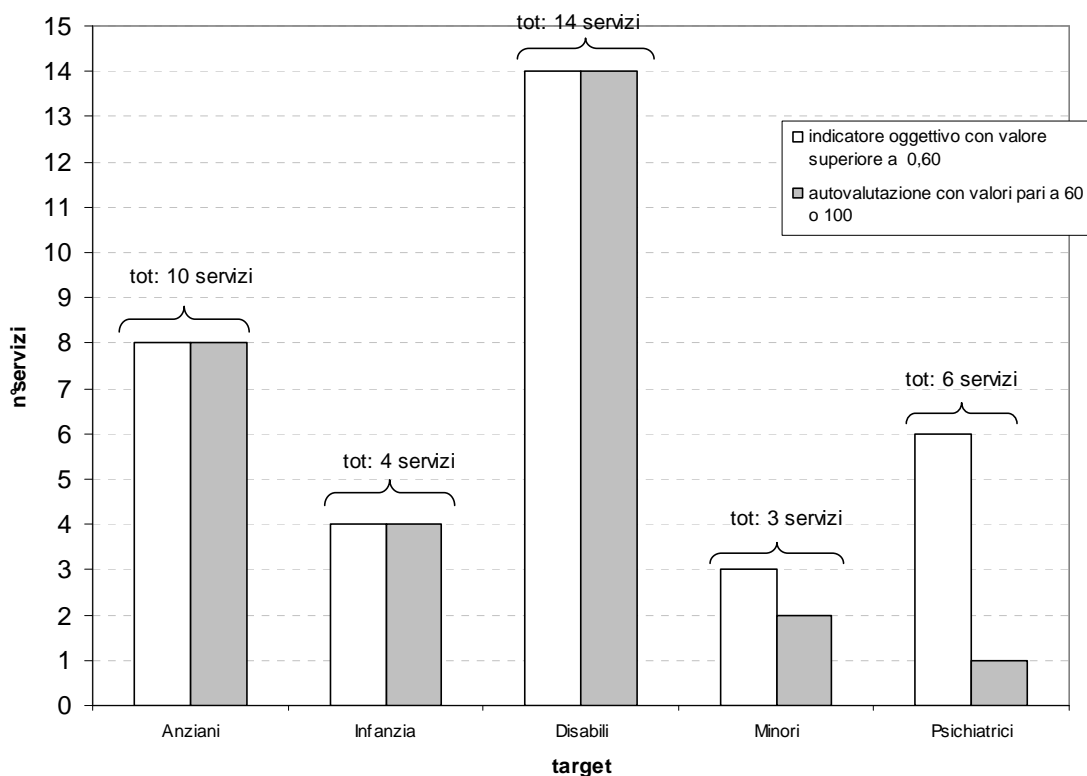
Personalizzazione (PAI / PE / PP / PEI) - Definizione progetto

Il progetto personalizzato, oltre ad essere definito sensibilmente al profilo dell'utente, ai suoi bisogni ed alle sue caratteristiche, deve tenere conto dei risultati prefissati nei confronti del percorso intrapreso per l'utente stesso, ed alla capacità della struttura che dovrà colmare eventuali mancanze ricorrendo ad eventuali integrazioni ricorrendo ad altri servizi offerti dalla rete.

A seconda della tipologia del target da raggiungere, è richiesta una serie di requisiti che il progetto deve comprendere, al fine di ottenere un visione completa di tutta la sua struttura (tempi e modi delle attività da svolgere, individuazione delle risorse umane necessarie al suo corretto funzionamento, il coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia nella definizione del progetto...).

Oltre a questo risulta fondamentale una scrupolosa documentazione di tutti gli aspetti del progetto personalizzato, cui si aggiunge un sistema di valutazione dei risultati ottenuti sul singolo utente, anche con il fine di ridefinire il progetto stesso in base agli output ottenuti.

Grafico 10: Personalizzazione degli interventi – Definizione progetto



La situazione relativa al rispetto dello standard è piuttosto buona , e per quanto riguarda i punteggi dati dall'indicatore oggettivo (il 94,5% delle strutture risulta oltre la soglia di sufficienza) e per quello che concerne l'autovalutazione che solo in due casi (di cui uno abbastanza critico) si trova in disaccordo con l'altro strumento.

		indicatore oggettivo	
		suff	insuff
autovalutazione	sì	29	1
	no	5	0

Tabella 8: Personalizzazione degli interventi - Definizione progetto – concordanza

Questa situazione è la più singolare tra quelle viste finora. Si nota infatti come la cella con minore probabilità di contenere unità (autovalutazione negativa con rispondenza ritenuta sufficiente) annoveri ben 5 strutture che molto probabilmente si percepiscono non conformi a certi sottorequisiti da loro reputati importanti ma che all'interno della logica di equiponderazione dell'indicatore oggettivo non sono bastati ad invalidare la situazione di sufficienza.

Anche in questo caso risulta evidente come una diversa strutturazione della verifica su check list potesse portare a risultati più precisi o, comunque, più vicini alla realtà.

CONCLUSIONE

Il lavoro di analisi svolto ha portato alla luce una certa distanza tra i due tipi di valutazione, che risulta distorcere leggermente l'effettivo stato delle strutture e dei servizi.

Risulterebbe utile prendere in considerazione la possibilità di guidare diversamente l'operazione di valutazione, introducendo un passaggio intermedio, che permetta di poter definire rigorosamente le soglie entro le quali una struttura può autovalutarsi positivamente, aumentando la concordanza con quella che risulta essere l'effettiva situazione in cui questa si trova.

Le discrepanze sono infatti apportate da un duplice problema: da un lato l'equiponderazione dello strumento cui è demandata la sintesi delle singole risponderne ai sottorequisiti che compongono uno standard, e dall'altro la mancanza della definizione di un metodo di valutazione in cui è possibile ottenere un giudizio autopercipito concorde con l'effettivo stato delle cose.

Un qualsiasi servizio chiamato a valutarsi, dovrebbe essere consapevole di quanto peso dare alle singole componenti di un requisito, per poter effettivamente riuscire a capire in quale caso esso risponde o meno alle richieste dello standard. Un'autovalutazione positiva dovrebbe essere conseguenza di un'analisi, fatta a monte, dell'adeguatezza ad un preciso numero di sottorequisiti per ciascuno standard (definito a priori). A tale pro, potrebbe risultare utile formalizzare rigidamente la valutazione, filtrandola da tutti quegli elementi che possono apportare distorsioni alla misurazione della rispondenza e che solitamente dipendono dalla sensibilità dei valutatori.

BIBLIOGRAFIA

Bertin G. (a cura di) (2002) Accreditamento e regolazione dei servizi sociali, Emme& Erre libri

Fabbris, Capiluppi, Giacotti, Meneghello (1993) Statree 1.0 Manuale per l'uso, Ed. Summa - Padova

SITI INTERNET

www.arssveneto.it

Ringraziamenti

Tra le mille persone che mi hanno accompagnato e che tuttora mi accompagnano nel mio personale *Miglioramento Continuo*, vorrei citarne alcune:

La mia famiglia: papà e mamma per il supporto datomi negli anni, mio fratello Roberto semplicemente per essere com'è, i nonni, gli zii, per i costanti incoraggiamenti (un ringraziamento particolare a Marino e Ilaria per la casa in Padova) e le mie quattro cuginette

Tutto lo staff di Emme&Erre per la grande pazienza, per l'attenzione e per le tante possibilità di crescita offertemi. Ringrazio in particolare Agnese, Maristella, Elisabetta per l'aiuto (anche psicologico) e Mara, per essermi amica; Enrico e Niccolò (anche) per le tante ore passate in allegria (Chiara P., Elisa e Catina per averci sopportato), Marco Giovanni e Stefania, per avere creduto in me e poi Linda, Laura, Samantha, Chiara, Mauro e tutti gli altri. Grazie!

Il professor Bernardi

Tutti i professori con cui ho avuto modo di confrontarmi

Tutti gli amici e colleghi a Statistica, per tutti i momenti passati insieme (in ordine sparso):

Riccardo (P.L.A.D.D.), Alessandra (grazie per esserci, Aleeeee), Barbara, Elisa P., Elisa M., Stefano, Antonio, Roberto, Damiano, Paolo, Mattia, Manuele , Manuela, Silvia, Angela, Davide, Andrea, Mauro, Daniele, Andrea, Omar.....

Gli amici in Padova: Davide Il Presidente, Mara, Tiziana, Alessandra

Tutti gli amici in Segusino: Cristian, Davide, Alessio, Luca, Carlo, Stefano, Matteo, Giampaolo, Enrico, Luca (P.A.), Luca (L.L.), Stefania, Steefyy, Gloria, Elisa D., Laura, Elisa C. con tutti "i coscritti", Barbara (PV) e gli altri, tanti, troppi da menzionare...

E Martina, per essermi accanto