

Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia  
Dipartimento di Medicina  
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**INFERMIERE E LIBERA PROFESSIONE:  
*CUSTOMER SATISFACTION***

Relatore: Prof. Avoni Stefania

Laureando: Cadamuro Federico  
Matricola: 1054793

Anno Accademico 2014-2015



## **ABSTRACT**

### **Introduzione**

L'infermiere libero professionista è una figura di recente formazione, che inizia a diffondersi anche nel nostro Paese. Il territorio trevigiano, in cui è stato condotto lo studio, è caratterizzato da una popolazione prevalentemente anziana, con età superiore a 75 anni. Le patologie più frequenti risultano essere quelle cardiache (ipertensione, aritmie, scompenso), il diabete e le neoplasie.

### **Scopo**

Lo scopo di questo studio è valutare il *target* di persone che si rivolge ad un ambulatorio infermieristico ed il grado di soddisfazione rispetto al servizio offerto.

### **Materiali e metodi**

Tra gennaio e febbraio 2016, sono state intervistate 44 persone che si sono rivolte all'ambulatorio di un infermiere libero professionista. Durante l'incontro è stato compilato un questionario, suddiviso in due parti, la prima strutturata per raccogliere i dati inerenti al *target* di persone che accedevano all'ambulatorio e la seconda basata sulla *customer satisfaction*, che indagava la soddisfazione rispetto al servizio offerto.

### **Risultati**

I risultati mostrano un'utenza con età media pari a 61 anni, compresa tra i 23 e gli 86 anni. Il grado di soddisfazione risulta massimo in tutte le parti del questionario, così da evidenziare un servizio organizzato, professionale e di alta qualità. Dalla prenotazione all'ambulatorio, passando per il tipo di pagamento, l'infermiere risponde a tutte le necessità, non solo di carattere professionale, che la clientela si aspetta. Le persone rimangono piacevolmente impressionate del trattamento riservato e delle prestazioni, che consigliano questo servizio ai loro conoscenti.

### **Conclusioni**

L'infermiere libero professionista è molto richiesto poiché risponde ai bisogni di salute prevalenti nella popolazione. L'ambulatorio è vicino al cittadino e le prestazioni sono offerte anche a domicilio. Gli utenti vedono la figura infermieristica come un punto di riferimento, cercano di interfacciarsi il più possibile con essa e rimangono molto soddisfatti del servizio offerto. Nei prossimi anni ci si attenderà una modifica del lavoro svolto, che passerà da una tipologia prettamente prestazionale ad una presa in carico totale dell'assistito e/o del nucleo familiare, e la relativa formazione della figura dell'"infermiere di famiglia".



## INDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUZIONE</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>2. QUADRO TEORICO</b> .....  | <b>3</b>  |
| 2.1 Panoramica nazionale e regionale.....   | 3         |
| 2.2 Il contesto di riferimento.....   | 5         |
| 2.2.1 Risultati del progetto ACG nell’Urss 9 di Treviso.....                        | 6         |
| 2.3 L’infermiere libero professionista.....   | 8         |
| 2.3.1 La domanda nel territorio e la valutazione sull’operato infermieristico ..... | 10        |
| 2.4 <i>Customer Satisfaction</i> .....  | 11        |
| <b>3. SCOPO DELLO STUDIO</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>4. MATERIALI E METODI</b> .....  | <b>14</b> |
| 4.1 <i>Setting</i> .....  | 14        |
| 4.2 Campione dello studio .....   | 14        |
| 4.3 Raccolta dati e strumento utilizzato.....                                       | 15        |
| 4.4 Analisi dei dati .....  | 17        |
| <b>5. RISULTATI</b> .....   | <b>18</b> |
| 5.1 Confronto tra utenti.....   | 19        |
| <b>6. DISCUSSIONE DEI DATI</b> .....  | <b>22</b> |
| 6.1 <i>Target</i> di persone che si rivolgono all’ambulatorio infermieristico ..... | 22        |
| 6.2 Grado di soddisfazione rispetto al servizio offerto .....                       | 23        |
| 6.3 Limiti dello studio.....  | 24        |
| <b>7. CONCLUSIONI</b> .....   | <b>25</b> |

## BIBLIOGRAFIA

## ALLEGATO



## 1. INTRODUZIONE

Le ultime indicazioni nazionali e regionali in materia di salute, contenute nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) e nel Piano Sanitario Regionale (PSR) della regione Veneto 2012-2016, denotano la necessità di aumentare gli sforzi economici ed umani per un potenziamento delle strutture e del servizio offerto a livello territoriale.

Gli ospedali devono essere un luogo dove le persone vi accedono per emergenza, interventi chirurgici o visite programmate, mentre per tutte le altre prestazioni si deve costruire, o meglio ampliare, una rete di servizi e strutture che possa rispondere completamente ai bisogni del cittadino. Ovviamente ci vorrà molto tempo affinché queste strutture siano complete ed efficienti, tuttavia questa linea d'indirizzo porta necessariamente ad una rivoluzione della figura infermieristica.

L'infermiere non può limitarsi, come un tempo, ad una mera esecuzione di ordini e prestazioni, ma è parte fondamentale nella presa in carico della persona, dall'educazione alla salute, passando per la prevenzione e finendo con la cura della stessa; il tutto comunque svolto in un contesto che sia vicino all'abitazione del cittadino.

Per esaminare ciò, mi sono soffermato sulla figura dell'infermiere libero professionista, che svolge il suo lavoro in un ambulatorio e/o a domicilio. Nel mio elaborato mi focalizzo soprattutto sul *target* di persone che richiedono il libero professionista, sui loro bisogni di salute e sulla soddisfazione complessiva nei confronti del servizio.

Ritengo sia importante capire se ci sia una particolare fascia di popolazione che si rivolge all'infermiere, non solo analizzando l'età, ma considerando anche il grado d'istruzione, la loro professione e il luogo dove risiedono.

Ho confrontato i bisogni di salute di questa utenza con i dati regionali e con l'Ulss (Unità Locale Socio-Sanitaria) di riferimento e infine ho valutato la *customer satisfaction* (la soddisfazione del cliente), un dato molto importante soprattutto in ambito sanitario, che permette un *feedback* reale riguardo al proprio operato e, in questo caso, la base per poter concretamente effettuare un ampliamento del servizio offerto.

Per attuare questo progetto di tesi ho collaborato con un infermiere libero professionista che svolge il proprio lavoro presso un ambulatorio presente nell'Ulss 9 in

provincia di Treviso, il quale si è reso disponibile ad ospitarmi presso il suo studio e mi ha permesso di intervistare i propri pazienti e somministrare loro un questionario.



## 2. QUADRO TEORICO

### 2.1 Panoramica nazionale e regionale

La situazione demografica italiana è in continuo mutamento e ciò influenza inevitabilmente i bisogni di salute a cui la sanità deve far fronte. A inizio 2015 i residenti nel territorio italiano sono poco meno di 61 milioni, dei quali oltre 5 milioni (1'8,3% del totale) risultano essere cittadini stranieri; un aspetto interessante, che si riscontra nel rapporto annuale redatto dall'Istat (Istituto Nazionale di Statistica), è il progressivo invecchiamento della popolazione cui si accompagna una contemporanea diminuzione delle nascite, che ormai da 30 anni caratterizza il territorio italiano, in particolare le regioni del centro e del nord Italia. (1) Questo aumento della longevità è da attribuire anche al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione: si stima infatti che nel 2014 l'aspettativa di vita fosse di 84,9 anni per le donne e di 80,2 per gli uomini, con un guadagno di circa 2-3 anni rispetto ai dati del 2012. (1,2)

Persistono tuttavia delle disuguaglianze geografiche inerenti allo stato di salute oggettivo delle persone (1,2); si riscontra infatti una quota maggiore di popolazione in una cattiva condizione fisica e mentale nel sud del paese: in particolare il 58,2% della fascia anziana nel meridione riferisce di avere limitazioni funzionali, patologie croniche gravi o invalidità permanenti, a fronte di un 49,9% delle regioni centrali e del nord. (1)

Le patologie croniche sono legate inevitabilmente al cambiamento demografico in atto, in quanto hanno un'incidenza più alta sulla fascia anziana; inoltre si assiste ad un numero sempre maggiore di pazienti con comorbidità, ovvero la presenza di più malattie nello stesso periodo. (5) Il 14,4% dell'intera popolazione presenta contemporaneamente almeno tre patologie cronicizzanti e questo dato raggiunge circa il 50% negli anziani *over* 75, che rappresentano il 9,4% della cittadinanza totale e la fascia di persone che ricorre più frequentemente ai servizi socio-sanitari. (2,3,4)

Spostando il *focus* sul territorio oggetto dello studio, il Veneto, si evidenzia una situazione demografica analoga a quella nazionale. (4) Analizzando il PSR 2012-2016 della regione Veneto si riscontra la presenza di circa 4.900.000 abitanti (il 51% di sesso femminile), un'aspettativa di vita di poco più di 79 anni per gli uomini e di poco più di 85 per le donne e persiste un dato demografico di 10 nati ogni mille abitanti, di cui il 30% di nazionalità straniera.

Da non sottovalutare è la composizione del nucleo familiare, inteso come numero di componenti, che rispetto al passato risulta essere sempre meno numeroso. A livello sanitario questo elemento è importante poiché, secondo le linee regionali, si vuole rendere la famiglia la vera risorsa della rete territoriale ma allo stesso tempo questa diminuzione si scontra con la possibilità di poter assistere il paziente cronico a domicilio (si calcola nel 2025 un valore di 0,7 *caregiver* ogni anziano ultra 80enne). (4)

Le patologie con maggiore incidenza nella regione risultano essere:

- l'infarto acuto del miocardio (IMA)
- le malattie cerebrovascolari acute
- lo scompenso cardiaco
- le broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO)
- le malattie allergiche
- il diabete mellito
- le malattie infettive.

Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari sono le più frequenti nel nostro territorio, e le patologie con il maggior tasso di mortalità. Tuttavia questo dato, conforme con la situazione nazionale, è in costante diminuzione, tanto che in Italia il tasso di mortalità per cardiopatia coronarica è a livelli notevolmente minori rispetto agli Stati del nord Europa e agli Stati Uniti. (3)

In Italia la seconda causa di morte risulta essere il tumore, (1) ciò nonostante l'andamento di questa patologia evidenzia una divergenza: negli ultimi anni, infatti, si riscontra da un lato una diminuzione del tasso di mortalità, ma dall'altro un aumento dell'incidenza; tale comportamento è da attribuire ad una crescente e migliore attività di diagnosi precoce ed a una maggior efficacia nei trattamenti. (3) La regione Veneto, in questo ambito, vede attive in tutte le proprie Ulss programmi di *screening* dei tumori con maggior incidenza sulla popolazione: cervicocarcinoma, tumore alla mammella e tumori colonrettali. (4)

Sulla base di questi dati, le linee di indirizzo nazionali proposte dal Ministero della Salute nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, si focalizzano principalmente su due punti: la prevenzione e promozione della salute ed l'implementazione della rete dei servizi territoriali; soprattutto questo secondo punto risulta essere fondamentale per l'evoluzione di tutta l'assistenza sanitaria nazionale.

Anche la programmazione regionale pone in primo piano il potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale, garantendo una continuità assistenziale e mettendo al centro il paziente. Per perseguire questo obiettivo, che presuppone una visione olistica dei bisogni e della persona, si deve implementare la collaborazione tra i vari professionisti –medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, ecc– utilizzando modelli organizzativi sostenibili e qualificati.

Ciò significa una presa in carico coordinata del paziente da parte di un *team* multidisciplinare, gestito da una figura di riferimento (*case manager*), che impieghi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PTDA), ossia programmi basati sulle linee guida più recenti relativi ad una patologia o problematica clinica. (4)

## **2.2 Il contesto di riferimento**

Un'analisi più approfondita è necessaria per circoscrivere il territorio nel quale è stato condotto lo studio: il comune di Treviso. Nel suolo trevigiano risiedono 83.652 persone, di cui l'11,7% di età compresa tra i 65 e i 74 anni, ed un 14,1% di *over 75*. (6)

Per avere una panoramica sanitaria dettagliata dei residenti presenti su questo territorio sono stati analizzati i dati riguardanti l'azienda sanitaria di riferimento, l'Ulss 9. La classificazione della popolazione in base alle caratteristiche sanitarie è uno strumento utile per la valutazione dei bisogni di salute e per una sempre miglior gestione delle risorse economiche; (7) questo infatti è l'obiettivo del progetto *it.DRG* del Ministero della Salute. Nel 1994 negli ospedali italiani si adottò il sistema delle *Diagnosis Related Groups* (Gruppi di Diagnosi Correlate, DRG), ossia un metodo di classificazione dei pazienti che sono stati ricoverati in ospedale; tale sistema avviene attraverso i dati contenuti nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Le oltre 500 classi di DRG riconosciute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sono ottenute attraverso l'analisi dei seguenti parametri: il tipo di trattamento medico, la diagnosi e le risorse utilizzate. (9) Questo sistema, nato in America e utilizzato in Italia per la prima volta nel 1994, viene periodicamente valutato e revisionato (8), per avere una panoramica sempre aggiornata e realistica della popolazione.

Con obiettivi e finalità simili, nel territorio regionale, è stato condotto un programma di classificazione innovativo: l'ACG.

ACG è la sigla che identifica il progetto *Adjusted Clinical Groups* ideato dai ricercatori dell'Università John Hopkins di Baltimora (Usa). Il progetto consiste nella mappatura dei

bisogni di salute espressi dal territorio attraverso nuovi sistemi di indagine epidemiologica affinché si possa intervenire negli ambiti prioritari per ogni particolare fascia di persone, gestendo al meglio risorse umane ed economiche. (10)

Il Veneto è la prima regione italiana che ha dato il via a questo progetto nel 2012, e se dapprima le Ulss coinvolte erano l'Azienda Ulss 20 di Verona e la 16 di Padova, dal biennio 2014-2015 partecipano tutte le aziende della regione. (10)

L'innovazione di questo studio non è la tipologia dei dati ottenuti, ma il luogo dove questo avviene: l'epicentro del sistema di raccolta infatti è il territorio e non più l'ospedale e le SDO come nel sistema DRG, (9,10) ma con l'integrazione dei dati presenti nell'anagrafe sanitaria, negli archivi delle cure domiciliari, nei documenti delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), negli studi dei medici di medicina generale (MMG) e negli ambulatori presenti nel territorio.

Dopo l'identificazione dei gruppi di persone attraverso le patologie ed i bisogni assistenziali viene creata una vera e propria mappa che illustra le concentrazioni minori o maggiori delle malattie nei diversi luoghi.

La seconda parte di questo progetto, inoltre, vuole offrire l'opportunità di inserire i soggetti più a rischio in programmi di *case management*, ossia modelli assistenziali innovativi territoriali gestiti da personale medico ed infermieristico opportunamente formato, avendo come base operativa l'ambulatorio medico/infermieristico vicino a dove risiede l'assistito. (10)

### **2.2.1 Risultati del progetto ACG nell'Ulss 9 di Treviso**

Analizzato completamente il territorio, nel 2014 l'*equipe* di lavoro ACG ha redatto il *Final Report*, ossia la relazione finale dell'andamento del programma ACG contenente la mappatura completa dei bisogni di salute della popolazione. I dati sono stati raccolti entro il 31 dicembre 2012. L'indagine è stata condotta in tutta la regione, ma si sono presi in esame gli elementi caratterizzanti del territorio di riferimento di questo elaborato: l'Ulss 9 di Treviso.

La popolazione analizzata è stata di 421.195 persone, di cui il 20,5% con un'età maggiore o uguale a 65 anni. Interessante risulta essere il rapporto costi/diagnosi rilevati: infatti, con valori pressoché identici alla media regionale, il 42% della popolazione presenta

almeno una diagnosi certa, il 36% non mostra diagnosi ma spese legate a prestazioni sanitarie ed il 22% non presenta né costi né diagnosi. (4,11)

Le varie catalogazioni vengono proposte in lingua inglese, come nel testo analizzato, per rispettare i parametri e le definizioni dello studio.

Le diverse malattie sono riunite in gruppi diagnostici denominati *Expanded Diagnosis Clusters* (EDC), consentendo una classificazione tradizionale in due categorie: patologie inerenti un apparato o patologie singole.

Nel territorio trevigiano le EDC maggiori riguardanti un sistema sono in questo ordine:

- *Cardiovascular*
- *Endocrine*
- *Musculoskeletal*
- *Neurologic*
- *General Signs and Symptoms*
- *Malignancies*
- *General surgery*
- *Gastrointestinal/Hepatic*
- *Eye*
- *Skin. (11)*

Le EDC riguardanti la singola patologia, più frequenti risultano essere:

- *Hypertension, w/o major complications*
- *Hypertension, with major complications*
- *Type 2 diabetes, w/o complications*
- *Cardiac arrhythmia*
- *Disorders of lipid metabolism*
- *High impact malignant neoplasm*
- *Cerebrovascular disease*
- *Ischemic heart disease (excluding acute myocardial infarction)*
- *Other endocrine disorders*
- *Contusions and abrasions. (11)*

Nello studio sono presenti altri tipi di categorie, riguardanti il rapporto costo/diagnosi e il rapporto costi/farmaci, oltre alla classificazione in *Aggregate Diagnosis Groups* (ADGs) che identificano condizioni cliniche in base all'impegno assistenziale atteso: risultano prevalenti

i pazienti cronici sia in condizioni stabili che instabili. Questa classificazione, come nel sistema DRG, utilizza la codificazione internazionale ICD9, ICD10 ed ICP, tuttavia prende in considerazione altri parametri clinici rispetto alle DRG: durata, severità, certezza diagnostica, eziologia e necessità di cure specialistiche. (5,11) Le ADG formatesi permettono il raggruppamento della popolazione in *Adjusted Clinical Groups* (ACGs), categorie che tengono conto delle caratteristiche cliniche della malattia, della complessità assistenziale e della presenza di multimorbilità. (4) Le categorie maggiori presenti sono:

- *2-3 other ADG Combinations, Age > 34*
- *Chronic Medical, Stable*
- *Acute Major*
- *Chronic Medical, Unstable*
- *Acute Minor, Age > 5*
- *4-5 Other ADG Combinations, Age > 44, 2 + Major ADGs*
- *Likely to Recur, w/o Allergies*
- *Asthma*
- *Acute minor and Acute Major*
- *Infant: 0-5 ADGs, no Major ADGs, normal birth weight. (11)*

### **2.3 L' infermiere libero professionista**

L'evoluzione della professione infermieristica italiana si fonda su due testi chiave: il profilo professionale (Decreto Ministeriale n.739 del 14 settembre 1994) e la Legge n.42 del 26 febbraio 1999 che ha portato all'abrogazione del mansionario. Un altro passo fondamentale è stata la strutturazione di un percorso di studi universitario, obbligatorio per praticare questa professione. (15) Con il Decreto Ministeriale 24 Luglio 1996 si istituisce il Diploma Universitario per Infermiere, trasformato successivamente nell'attuale Corso di Laurea in Infermieristica attraverso la Legge n.251 del 10 Agosto 2000. Infine, nel Decreto Ministeriale n.128 del 2 Aprile 2001, oltre a determinare le classi di lauree specialistiche delle professioni sanitarie, si indicano gli obiettivi formanti e qualificanti delle varie professioni. In particolare l'infermiere laureato, riprendendo anche il profilo professionale, «deve essere in grado di assumersi responsabilità, dal punto di vista tecnico, relazionale ed educativo, dell'assistenza infermieristica generale in risposta ai problemi di salute della persona e della collettività». (16)

Citando il terzo comma dell'articolo 1 del profilo professionale, «L'infermiere svolge la sua attività professionale in strutture pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale» (15), si evidenzia come l'infermiere possa svolgere il suo operato in modo del tutto indipendente; autonomia resa completa con il riconoscimento di professione sanitaria, non più ausiliaria, e con l'abolizione del mansionario. (14)

«Gli infermieri che decidono di esercitare l'attività in regime autonomo, in qualità di professionisti prestatori d'opera intellettuale, devono fare riferimento alle regole fondamentali di buon comportamento e devono avere contezza della responsabilità assunta nei confronti del cliente, dei colleghi e dell'intera categoria. Essere libero professionista significa operare in regime di autonomia organizzativa e libertà di scelta metodologica e scientifica, nel rispetto delle regole della concorrenza e delle norme del Codice Deontologico.» (13)

Questa autonomia e maggior responsabilità nel proprio operato ha portato alla necessità di redigere un documento *ad hoc* per la figura del libero-professionista, che regolasse i principi nell'esercizio della professione e avesse valenza giuridica e penale; il 28 settembre 1996 il Consiglio Nazionale del collegio IPASVI (Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia) ha approvato *Le norme del comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica*, un testo formato da 66 articoli divisi per ambiti d'interesse: principi generali, rapporti con i clienti, rapporti con i colleghi, altri rapporti, esercizio in forma individuale, costituzione di studi associati, cooperative sociali, norme *antitrust* e norme finali. (12)

Un aspetto rilevante nell'esercizio della libera professione è l'esistenza di varie forme, indipendente o aggregata. Nel primo caso, lavorando in forma individuale, l'infermiere attiva un'interlocuzione diretta con l'utente, che deve necessariamente prevedere una condivisione personale della pianificazione assistenziale e del compenso delle attività svolte. Ciò richiede una forte competenza professionale basata sull'esperienza per rispondere efficacemente alle richieste del cliente. (15)

Nel secondo caso, in forma associata tra più professionisti, si può garantire una risposta assistenziale continuativa, complessa e prolungata nel tempo, anche rivolta a più assistiti contemporaneamente. In tale contesto, vista la presenza di più professionisti, possono essere

inseriti in maniera sicura ed efficace infermieri neolaureati, al fine di guidarli nell'esercizio libero professionale e nell'acquisizione di esperienza e competenze.

L'esercizio in forma aggregata viene svolto nel pieno rispetto delle norme civilistiche, fiscali e previdenziali ed in conformità a quanto previsto dalla Legge per le forme aggregative adottate.

Le forme previste in aggregazione sono lo Studio Associato, la Cooperativa Sociale e la Società tra Professionisti. (15)

### **2.3.1 La domanda nel territorio e la valutazione sull'operato infermieristico**

Nel 2014 circa 9 milioni di italiani hanno pagato privatamente un infermiere per rispondere a vari bisogni (2) e la domanda è in costante crescita; il territorio con meno richiesta è stato il nord-est con solo l'11,7% della popolazione maggiorenne che ha fatto ricorso all'operato di un infermiere. (18)

Le prestazioni infermieristiche più richieste sono state le iniezioni (58,4%), le infusioni o le infusioni venose (33,1%), l'assistenza in generale (24,5%), le medicazioni e i bendaggi (24,4%) e l'assistenza notturna (22,8%), per un totale di 2,7 miliardi di euro spesi; la domanda potrebbe essere notevolmente maggiore vista la presenza di 9,1 milioni di persone con patologie croniche e le 3,1 milioni di persone non autosufficienti risiedenti nel territorio italiano. (18)

In questo quadro l'esercizio libero professionale può essere inteso come un'opportunità e una sfida per aumentare la *compliance* dell'offerta sanitaria pubblica, concorrendo all'effettuazione di percorsi di presa in carico olistica dell'assistito e di cura finalizzati a rispondere in maniera appropriata e di qualità ai bisogni di assistenza infermieristica.

Gli infermieri libero professionisti, infatti, possono correlarsi alle strutture del SSN per arricchire l'offerta sanitaria e per dare risposta alle richieste di interventi integrativi e/o aggiuntivi provenienti dalla collettività. (13)

In Italia il 75,2% della popolazione che ha avuto un rapporto con un infermiere valuta positivamente l'operato e l'incidenza di questa figura nel percorso di cura; il nord-est è il territorio con la percentuale migliore, l'86,3%. (17)



Facendo riferimento al rapporto Censis (Centro Studi Investimenti Sociali) intitolato *L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro*, nel nord-est del Paese i cittadini hanno valutato come aspetti fondamentali della professione infermieristica:

- la capacità di relazionarsi con i pazienti e i familiari (59,9%)
- la capacità tecnico-professionali (54,5%)
- la cortesia, la gentilezza (42,8%).

Si nota la grande importanza che la popolazione coinvolta nello studio attribuisce all'aspetto relazionale/comunicativo durante l'intero periodo di cura; inoltre agli infermieri del nostro territorio è stata riconosciuta, con il 61,8% delle valutazioni positive (miglior percentuale italiana), un'ottima capacità di essere a conoscenza della patologia e fornire informazioni su di essa, sulle cure e sugli aspetti organizzativi. (17)

Un altro dato che ritorna spesso nelle valutazioni della popolazione (66,4%) è la scarsa retribuzione economica rispetto all'operato svolto; inoltre il 71% ritiene che per il futuro, quella infermieristica, sia una professione destinata ad avere un maggiore riconoscimento in termini di stipendi, status sociale e percorsi di carriera. (17)

## **2.4 Customer Satisfaction**

La *customer satisfaction*, ovvero la soddisfazione del cliente, è un parametro utilizzato in tutte le aziende e attività (non solo di tipo sanitario) per avere un *feedback* sul proprio operato e soprattutto sulla tipologia del servizio offerto alla clientela. (20)

In sanità si parla per la prima volta di qualità nelle cure subito dopo la fine della seconda guerra mondiale con W. Edward Deming, statunitense esperto di organizzazione aziendale il quale iniziò a diffondere i criteri di qualità organizzativa basandosi sulle esperienze vissute nel periodo di eccezionale emergenza per la ricostruzione del potenziale militare e tecnologico americano. (22)

Uno dei grandi teorici in questo campo è Avedis Donabedian, fisico libanese emigrato negli Stati Uniti, che definisce la qualità, più specifica per l'ambito sanitario, come: «fare solo ciò che è utile (efficacia teorica), nel modo migliore (efficacia pratica) con il minor costo (efficienza), a chi (accessibilità), e soltanto a chi ne ha veramente bisogno (appropriatezza), facendo fare le cure a chi è competente per farlo (competenza), ottenendo i risultati ritenuti migliori (soddisfazione)». (21) Lo stesso Donabedian divide la qualità delle cure in tre ambiti: la struttura dove essa avviene ed il personale (*Structure*),

l'esecuzione della prestazione (*Process*) ed infine il risultato che essa porta (*Outcome*) (10); queste categorie, interconnesse tra loro, sono fondamentali per indagare se il lavoro svolto sia di qualità e soddisfi le esigenze dei pazienti. (21)

Gli infermieri, ad esempio, sottovalutano l'ambiente dove le cure e le prestazioni avvengono, mentre i pazienti danno un valore elevato a questo aspetto: una camera o un ufficio ben illuminato, ben arieggiato e tranquillo influenza la qualità delle prestazioni offerte. (20)

La storia della qualità nella sanità italiana inizia nel 1992 con il Decreto Legge 502 e prosegue nel 1993 con il Decreto Legge 517. Nasce così il complesso fenomeno dell'innovazione resa necessaria per configurare un disegno generale di riforma per migliorare il Servizio Sanitario. I successivi D.P.R. (Decreto del Presidente della Repubblica) 14 gennaio 1997 n. 801 (che introduce il concetto di accreditamento delle strutture sanitarie ed i sistemi di valutazione e miglioramento delle attività) e Decreto Legislativo 229/99 (che ribadisce la necessità di garantire la qualità dell'assistenza e propone il metodo di verifica e revisione, prevedendo accordi tra Regione ed Aziende Sanitarie) meglio definiscono i campi d'azione. (22)

Esistono varie tipologie e vari metodi per la raccolta accurata di questo parametro, ma la letteratura è concorde su due punti fondamentali nell'elaborazione di uno studio improntato sulla qualità percepita e/o sulla soddisfazione rispetto ai bisogni attesi:

- la necessità di prendere in esame una realtà consolidata dove la figura infermieristica sia attiva e svolga autonomamente il proprio lavoro;
- il bisogno di uno strumento standardizzato, con affidabilità dimostrata e utilizzato in altre realtà per la raccolta dati sulla soddisfazione del cliente. (19)

In Italia tuttavia, nella preparazione di uno studio sulla qualità percepita, si tende a dare maggior importanza al contenuto del questionario, strutturato *ad hoc* per quel particolare scopo, rispetto all'utilizzo di uno strumento unico e standardizzato. (21)

In conclusione, un progetto sulla soddisfazione del paziente deve basarsi sulla raccolta precisa e dettagliata di tutte le caratteristiche descritte, per avere un *feedback* concreto e reale sul servizio offerto, per identificare problemi da correggere e per dimostrare la qualità delle prestazioni offerte da un infermiere. (19)

### **3. SCOPO DELLO STUDIO**

Lo scopo di questo studio è valutare:

- il *target* di persone che si rivolge ad un ambulatorio infermieristico;
- il grado di soddisfazione rispetto al servizio offerto.

Per quanto concerne il primo punto si raccoglieranno dati quali l'età, la professione e la residenza per avere una panoramica più dettagliata sul campione preso in esame. Per il secondo punto si analizzerà la soddisfazione rispetto al servizio offerto, non tralasciando nessun aspetto, dalla prenotazione al pagamento, dal luogo alla prestazione.

## **4. MATERIALI E METODI**

### **4.1 *Setting***

Il *setting* dove è stato possibile effettuare la raccolta dati per questo studio, è stato l'ambulatorio privato dell'infermiere Cagnin Emanuele. Il proprietario è stato tra i primi a intraprendere la strada della libera professione nella provincia di Treviso; offre prestazioni infermieristiche presso il suo ambulatorio con sede a Silea (TV) ed a domicilio. Ha stipulato una convenzione con lo studio della medicina di gruppo di Silea (situato nella stessa struttura), composto da tre MMG, così da erogare prestazioni gratuite agli assistiti degli stessi, e svolge il suo lavoro in privato (senza convenzione) anche in un secondo ambulatorio presso la farmacia situata nello stesso stabile dell'ambulatorio infermieristico e dello studio medico.

Le prestazioni offerte sono: misurazione parametri vitali, cicli di iniezione, vaccinazioni, prelievi ematici a domicilio, medicazioni semplici e/o complesse e valutazioni domiciliari. A pagamento, inoltre, offre servizi più avanzate quali: holter pressorio, ECG con telerefertazione, lavaggi auricolari, studio del sonno, calcolo INR e PT tramite prelievo capillare e prelievi ematici per test genetici per donne incinta.

Il suo ambulatorio è nato nel 2012 e anno dopo anno il numero di assistiti e di persone che si rivolgono a questo servizio è aumentato esponenzialmente, cosicché oggi il proprietario è affiancato da una dipendente infermiera per far fronte al carico di lavoro. Inoltre un numero sempre maggiore di strutture sanitarie del territorio (farmacie, studi medici, poliambulatori) richiede una collaborazione per avvalersi di questo servizio.

### **4.2 Campione dello studio**

La raccolta dati è stata effettuata nei mesi di gennaio e febbraio del 2016. Sono stati oggetto di campionamento tutti i pazienti che accedevano all'ambulatorio; sono stati esclusi invece gli utenti seguiti esclusivamente a domicilio.

### 4.3 Raccolta dati e strumento utilizzato

Dopo aver concordato con l'infermiere, la relattrice e i medici di medicina generale dello studio le finalità e le modalità per la raccolta dati, la fase successiva è stata la preparazione del questionario.

Per individuare il *set* di informazioni da raccogliere per inquadrare il campione, primo obiettivo di questo studio, si è deciso di indagare i seguenti dati:

- età
- sesso
- nazionalità
- comune di residenza
- scolarità
- professione.

Per questioni riguardanti la *privacy* si è scelto di non riportare i nomi e cognomi delle persone che hanno preso parte allo studio.

Per quanto riguarda la seconda parte, relativa alla *customer satisfaction*, sulla scorta delle evidenze della letteratura si è cercato di trovare uno strumento validato, in lingua italiana, che rispondesse alle esigenze di questo studio e i cui risultati possano essere confrontati con quelli ottenuti in altri ambulatori che abbiano utilizzato lo stesso test.

Nel motore di ricerca *google*, digitando le parole “questionario *customer satisfaction* sanità”, sono stati trovati diversi tipi di elaborati, la maggior parte dei quali consistevano in *report* redatti dalle varie Asl o Ulss presenti sul territorio nazionale. In questi scritti venivano presentati i risultati ottenuti dalle indagini inerenti la qualità del servizio, nei vari ospedali. Analizzando i documenti e, dove possibile, i questionari, si è cercato di individuare quello che rispondesse meglio ai seguenti parametri: pertinenza con lo scopo, *setting* dello studio e strutturazione basata sulle evidenze scientifiche. E' stato selezionato il D.G.R. n. VII/8504 del 22 marzo 2002 della Regione Lombardia *Linee guida per la customer satisfaction - Metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione nelle strutture sanitarie*. Questo documento si articola in una prima parte di presentazione del progetto e del contesto, la regione Lombardia, e una seconda contenente le linee guida da seguire per effettuare una corretta indagine sulla soddisfazione del cliente in ambito sanitario (strumento, metodologia, campione ed elaborazione dei risultati). Inoltre, in allegato, presenta dei modelli di

questionari consigliati per la valutazione della *customer satisfaction* nelle varie aree d'interesse: Unità Operative, ambulatori e servizio di assistenza domiciliare. (23)

Il questionario di gradimento dei servizi per l'accessibilità ambulatoriale contiene tutte le aree e i dati che si vogliono indagare in questo studio; suddiviso in 4 sezioni:

- una prima parte anagrafica in cui si indaga il sesso, l'età, la nazionalità, il livello d'istruzione, il comune di residenza e la professione dell'assistito;
- una seconda in cui si analizza la soddisfazione per quanto concerne la prenotazione dell'appuntamento (telefonica o allo sportello condiviso con lo studio medico), e la parte amministrativa e di pagamento;
- la terza dove si pone l'attenzione sulla soddisfazione rispetto all'ambulatorio e all'operato dell'infermiere e si chiede se si consiglierebbe il servizio;
- una quarta parte dove si domanda come si è venuti a conoscenza dell'ambulatorio e dei servizi offerti, se è il primo accesso o, se non è la prima volta, se ci sono stati cambiamenti, positivi o negativi, nell'erogazione del servizio, di quali prestazioni si ha usufruito, come si valuta la propria salute in quel periodo e se ci sono eventuali osservazioni da aggiungere.

Il questionario è stato preceduto da un'introduzione di presentazione dello studio e, nella parte della scelta delle prestazioni, si sono inserite quelle offerte dall'ambulatorio dove è stato condotto il campionamento. (si veda l'Allegato)

Lo strumento prevedeva la possibilità di essere compilato da un intervistatore esterno e questa è stata la modalità scelta per la raccolta dei dati.

Al termine della prestazione, il sottoscritto e l'infermiere hanno spiegato le finalità e modalità dell'indagine a ciascun utente, il quale liberamente accettava o meno di sottoporsi allo studio. L'intervistatore e la persona coinvolta si sono recati in una stanza adiacente l'ambulatorio infermieristico per la compilazione del questionario, senza avere vincoli di tempo. Per garantire un clima disteso lontano da distrazioni e per non influenzare le risposte della persona, l'intervista è stata effettuata a porte chiuse, con il paziente messo a suo agio e senza la presenza dell'infermiere. Il questionario è stato compilato dal sottoscritto e, nelle sezioni centrali, relative alla *customer satisfaction*, si è chiesto all'intervistato di rispondere sulla soddisfazione in base alla scala proposta: "per nulla, poco, così così, abbastanza, molto, non saprei.

#### **4.4 Analisi dei dati**

Ogni questionario è stato catalogato per data e numerato in ordine progressivo; poi controllato che fosse completo in ogni sua parte.

Successivamente il campione è stato diviso due diverse categorie:

- pazienti che accedevano al servizio per la prima volta
- pazienti che avevano effettuato almeno un altro accesso a questo servizio.

I dati di entrambe le categorie sono poi stati riportati in un foglio di lavoro *Excel* dividendoli nelle varie aree tematiche di cui è composto il questionario, facendo attenzione a riportare tutte le risposte, incluse anche le osservazioni finali.

I dati sono stati quindi analizzati e si sono creati dei grafici per ogni categoria e sezione, riportando la frequenza della risposta ed il calcolo della percentuale sul totale.

## 5. RISULTATI

Alla fine del periodo di raccolta dati il numero di persone che si è sottoposto all'intervista con conseguente compilazione del questionario risulta essere 44. Tutti gli intervistati sono di nazionalità italiana, di cui 27 uomini (61,36%) e 17 donne (38,64%).

Analizzando l'età del campione le due fasce più numerose, con il 29,54% ciascuna, risultano essere gli anziani con più di 75 anni e gli adulti/giovani tra i 23 ed i 49; seguono coloro che hanno tra i 65 e i 74 anni con il 22,73% e la fascia tra i 50 e i 64 con il 18,19%; l'età media complessiva è pari a 61 anni.

Il 50% delle persone intervistate è in pensione, il 15,90% è composto da operai, il 9,09% da impiegati, il 6,81% da studenti, il restante 18,16% equamente diviso tra dirigenti, liberi professionisti, commercianti e disoccupati.

Circa il 55% riferisce di aver terminato il percorso scolastico con la scuola dell'obbligo (terza elementare), il 29,54% di essere in possesso del diploma di scuola superiore ed il 15,90% di essere laureato o studente universitario.

Il 70% del campione (30 utenti) risiede a Silea, il comune dove è situato l'ambulatorio, 11 utenti abitano in comuni limitrofi (Treviso, Carbonera e San Biagio di Callalta), ed i rimanenti in città distanti circa 11 km: Preganziol e Breda di Piave.

Per quanto riguarda la soddisfazione dei clienti rispetto ai servizi erogati si possono notare ottimi risultati:

- l'80% del campione si dice molto soddisfatto del sistema di prenotazione (il 63,33% prende appuntamento telefonicamente, mentre il restante 36,37% tramite lo sportello); per quanto riguarda l'accettazione ed il pagamento questo dato sale all'85%;
- circa l'89% degli intervistati risulta essere molto soddisfatto dell'ambulatorio e dei servizi offerti e tutti gli utenti, eccetto uno, consiglierebbero o hanno già consigliato questo servizio ad altre persone. Le prestazioni più richieste sono le medicazioni complesse (24,61%), le iniezioni (21,54%) e le medicazioni semplici (10,76%).

Questa è una panoramica rispetto all'intero campione; nel paragrafo successivo saranno presentati in modo dettagliato i risultati ottenuti classificati in due categorie: utenti già clienti dell'ambulatorio ed utenti al primo accesso.



## 5.1 Confronto tra utenti

Il campione totale di 44 elementi si suddivide in due gruppi: all'atto dell'intervista 26 persone erano già clienti dell'ambulatorio, le restanti 18 persone erano al loro primo accesso. Nel caso degli utenti che si sono già rivolti più volte all'ambulatorio, l'età media è pari a 68 anni: quasi il 75% sono anziani con un'età superiore a 65 anni, di cui poco meno del 40% sono *over 75*. Le persone al primo accesso risultano essere invece molto più giovani, infatti il 61,11% è formato dagli *under 50*, perciò l'età media scende a 52 anni. (Grafico 1)

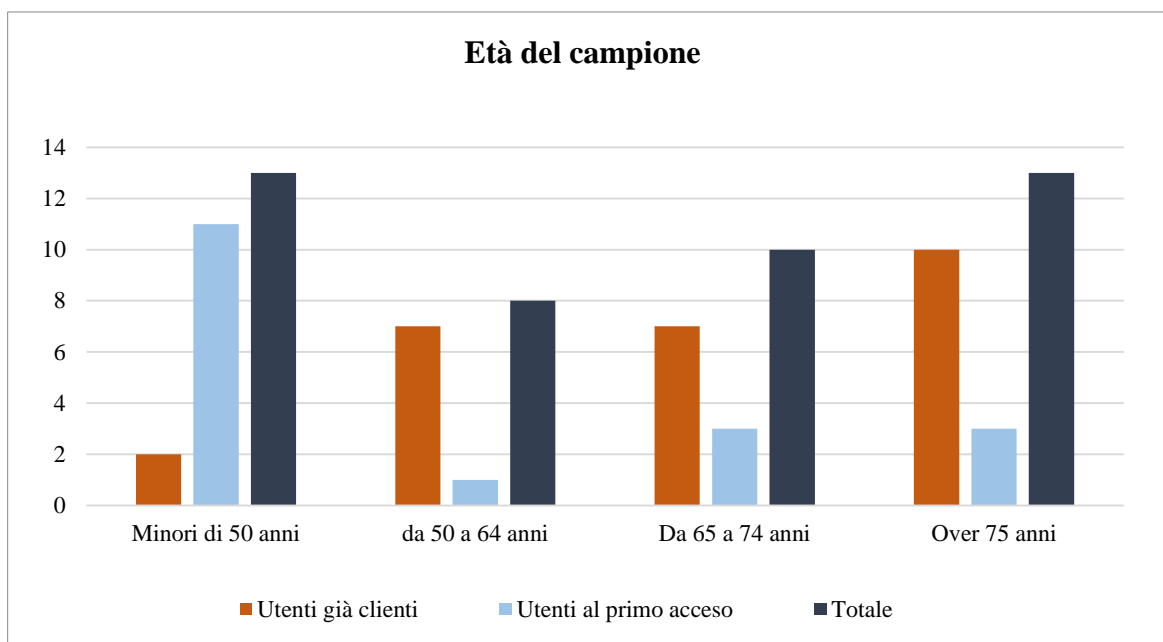


Grafico 1 Classificazione del campione in base all'età

Questa differenza si nota anche nel livello d'istruzione, che è più alto negli utenti più giovani al primo accesso, e nella professione svolta: infatti la maggioranza dei clienti dell'ambulatorio sono pensionati (65,39%), contro il maggior numero di lavoratori (circa il 65%) nei nuovi clienti.

I dati rispetto alla residenza, in entrambi i campioni, sono identici: il 70% degli intervistati risiede nel comune dove è situato l'ambulatorio.

Nella parte del questionario inerente alla prenotazione ed alle modalità di pagamento, i dati di tutte e due le categorie rispecchiano le percentuali generali: oltre l'85% di soddisfazione massima nei vari *item*, ma con diversi suggerimenti negli aspetti da migliorare. Per quanto riguarda la prenotazione telefonica, gli utenti già clienti presentano il valore minore (81,25% molto soddisfatti) nell'orario in cui è possibile telefonare, mentre il 50% delle persone al primo accesso risulta essere abbastanza soddisfatto (il restante 50% molto

soddisfatto) nei confronti del tempo trascorso prima di prendere la linea. Nella prenotazione allo sportello, invece, entrambe le categorie risultano abbastanza soddisfatte per quanto concerne il tempo d'attesa per prendere appuntamento con la segreteria. L'accettazione ed il pagamento presentano una soddisfazione massima, tuttavia gli utenti al primo accesso mostrano un calo nel gradimento (16,66% abbastanza soddisfatto, 11,11% soddisfatto così così) rispetto alla semplicità nel raggiungere gli sportelli.

Nella terza ed ultima parte dell'intervista, riguardante l'ambulatorio, si nota una soddisfazione molto alta in tutto il campione, con un solo utente poco soddisfatto rispetto alle dimensioni degli ambienti. In entrambe le categorie risaltano le voci inerenti alla cortesia dell'infermiere (circa il 95% molto soddisfatto) ed al rispetto della privacy (100% molto soddisfatto); tuttavia in ambedue il parametro con il grado di soddisfazione minore risulta essere il tempo d'attesa, con circa il 40% abbastanza soddisfatto nei clienti ed il 27% nei nuovi utenti. Inoltre nella seconda categoria si riscontra, come nella sezione precedente, una difficoltà nel raggiungere l'ambulatorio: il 16,66% delle persone è abbastanza soddisfatto ed il 5,57% soddisfatti così così.

Il principale punto di contatto tra gli utenti e l'infermiere risulta essere il medico di medicina generale, il quale suggerisce ai propri pazienti di rivolgersi a questo servizio, con percentuali minori, ma simili, la pubblicità, la farmacia (situata nello stesso stabile) ed il passaparola. Tra gli utenti al primo accesso una persona è venuta a conoscenza dell'ambulatorio attraverso un fisioterapista operante in un altro comune, il quale ha consigliato questo servizio pur non avendo rapporti lavorativi o di amicizia con l'infermiere.

Il campione presenta 19 utenti che hanno usufruito di almeno due prestazioni, e in molti casi anche a domicilio; le persone già clienti hanno richiesto soprattutto servizi ripetibili in cicli (ad esempio iniezioni) e continuative, mentre nelle persone al primo accesso risulta una prevalenza di prestazioni singole e maggiormente specialistiche. (Tabella 1)

| <b>Utenti già clienti</b>    | <b>N° di persone</b> | <b>Utenti al primo accesso</b> | <b>N° di persone</b> |
|------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| Iniezioni                    | 12                   | Medicazioni complesse          | 4                    |
| Medicazioni complesse        | 11                   | Rimozione punti di sutura      | 4                    |
| Medicazioni semplici         | 7                    | Lavaggi auricolari             | 3                    |
| Calcolo INR e PT             | 4                    | ECG                            | 3                    |
| Prelievi a domicilio         | 3                    | Iniezioni                      | 2                    |
| Gestione cateteri vescicali  | 2                    | Calcolo INR e PT               | 1                    |
| ECG                          | 2                    | Holter pressorio               | 1                    |
| Lavaggi auricolari           | 2                    | Misurazione parametri vitali   | 1                    |
| Rimozione punti di sutura    | 1                    |                                |                      |
| Vaccinazioni                 | 1                    |                                |                      |
| Misurazione parametri vitali | 1                    |                                |                      |

Tabella 1 Frequenza delle prestazioni erogate

Sono state raccolte anche alcune osservazioni, che ogni utente ha suggerito nella sua intervista; nella prima tipologia di campione sono state:

- “rispetto al servizio offerto l’ambulatorio dovrebbe essere di dimensioni maggiori”;
- “ignoravo la possibilità che un infermiere potesse offrire un servizio così completo e notevolmente importante per la popolazione”;
- “avere un infermiere vicino a casa è comodo, ma soprattutto è un punto di riferimento per molti bisogni e per tutta la famiglia”.

Gli utenti al primo accesso, invece, hanno riferito:

- “manca un cartello dei servizi e delle prestazioni offerte sia fuori dall’ambulatorio sia presso gli sportelli”;
- “per una persona non residente nel comune è piuttosto difficile trovare l’indirizzo e le indicazioni, soprattutto stradali, che portano all’ambulatorio.”

## **6. DISCUSSIONE DEI DATI**

I risultati verranno discussi in base ai due scopi per cui è stato condotto questo studio.

### **6.1 *Target* di persone che si rivolgono all'ambulatorio infermieristico**

Analizzando i dati ottenuti dallo studio, si può notare come la fascia principale di popolazione che si rivolge all'ambulatorio sia la stessa che, nel territorio veneto e trevigiano, usufruisce maggiormente dei servizi sanitari: gli anziani con più di 75 anni compiuti. In particolare, i dati degli utenti già seguiti dall'ambulatorio descrivono una popolazione anziana che necessita di assistenza e prestazioni continuative.

Il servizio risponde inoltre ai bisogni di persone molto più giovani rispetto alla fascia di popolazione precedente; infatti è presente un consistente numero di clienti tra i 23 ed i 49 anni. Questa tipologia di utenti, soprattutto i clienti al primo accesso, richiede prestazioni specialistiche singole, non continuative, a cui l'ambulatorio riesce a rispondere in maniera efficace.

Ovviamente, vista l'età media del campione, la maggior parte delle persone risulta essere in pensione anche se, soprattutto per quanto riguarda gli utenti al primo accesso, si nota una crescita di persone in possesso del diploma di scuola superiore e di laurea, che caratterizza una fascia molto più giovane della popolazione.

Un dato in contrasto con il contesto di riferimento riguarda il numero di stranieri, pur essendo assenti nel campione di persone intervistate, sono in notevole aumento sul territorio. Una spiegazione potrebbe essere la diversa composizione della popolazione straniera, mediamente molto più giovane di quella italiana e molto spesso con possibilità economiche inferiori.

Rispetto alla residenza delle persone che si rivolgono al servizio infermieristico si nota come la maggior parte (circa il 70%) abiti nel comune dove è situato l'ambulatorio, ma allo stesso tempo cominciano ad arrivare, oltre agli utenti provenienti da comuni limitrofi (Treviso, Carbonera e San Biagio di Callalta), anche persone che abitano a più di 11 km dall'ambulatorio. Da questo dato si possono trarre due conclusioni: le prestazioni offerte dall'infermiere libero professionista rispondono alle esigenze di tutta la popolazione trevigiana, ma allo stesso tempo esiste, sul territorio, solo uno studio che offre questa tipologia di servizi.

Gli utenti che accedono all'ambulatorio infermieristico valutano mediamente positivo il proprio stato di salute: ciò descrive un *target* di persone che non necessita, di cure urgenti, ma di assistenza infermieristica generalista continuativa negli anziani o di tipo puramente prestazionale nei giovani.

## **6.2 Grado di soddisfazione rispetto al servizio offerto**

La parte maggiore dell'intervista e del questionario verteva sulla *customer satisfaction*, che ha indagato dettagliatamente tutte le caratteristiche di questo servizio infermieristico.

Innanzitutto la prenotazione preferita è quella telefonica, in cui ci si interfaccia direttamente con l'infermiere, rispetto a quella allo sportello in cui si prende appuntamento tramite la segretaria. E' doverosa una precisazione: la segreteria gestisce non solo gli utenti dell'ambulatorio infermieristico, ma anche quelli dei tre MMG presenti nello stesso edificio. Circa l'80% degli utenti è comunque molto soddisfatto di come avviene la prenotazione, ma in entrambi i casi sono presenti dei punti di miglioramento. Per quanto riguarda la prenotazione telefonica i dati indicano una soddisfazione minore in relazione al tempo di attesa nel prendere la linea, soprattutto negli utenti adulti al primo accesso. Nel prendere appuntamento allo sportello, invece, si evidenzia un gradimento abbastanza positivo negli orari di apertura e nel tempo di attesa.

Nell'ambito dell'accettazione e del pagamento risulta esserci una soddisfazione molto positiva, soprattutto rispetto a quest'ultimo aspetto. Le persone apprezzano notevolmente l'emissione della fattura, che costituisce una sicurezza sia per l'utente che per l'infermiere, ma anche le modalità con cui si può pagare, contanti o carta (bancomat, carta di credito o prepagata).

Nella parte inerente all'ambulatorio si presenta, come nelle sezioni precedenti, una soddisfazione molto alta, sebbene emergano due problematiche:

- risulta difficile, soprattutto per le persone di un altro comune, trovare l'edificio dove è situato l'ambulatorio, per mancanza di segnaletica ed indicazioni;
- le dimensioni dei locali, secondo alcuni intervistati, non sono adeguate al tipo di servizio offerto.

Per soddisfare l'esigenza di un ambulatorio più grande l'unica soluzione sarebbe un cambio di stabile con spazi maggiori; inoltre, visto il progressivo aumento di accessi di persone

residenti fuori comune, o comunque in città abbastanza distanti, potrebbe essere consigliabile un aumento della segnaletica stradale.

Due aspetti cruciali, in cui la soddisfazione registrata è stata pressoché massima, sono il rispetto della *privacy* e la cortesia dell'infermiere. Soprattutto nell'ambito della libera professione, dove si lavora in completa autonomia, la totale sicurezza della *privacy* degli utenti e il fatto che il proprio lavoro e la propria professionalità vengano riconosciuti sono fondamentali per gestire un servizio infermieristico qualitativamente alto. Ciò è testimoniato dal 97,72% del campione, che consiglierebbe ad altre persone questo ambulatorio ed i suoi servizi.

Per quanto riguarda la conoscenza dell'ambulatorio, si potrebbe aumentare l'aspetto pubblicitario, anche nei paesi vicini, per implementare l'accesso di persone fuori comune.

Le prestazioni erogate più spesso risultano essere quelle caratterizzanti la professione infermieristica, quali le medicazioni (complesse e semplici) e le iniezioni, dove vengono riconosciute le capacità professionali e l'utilizzo di materiali di qualità. Inoltre è in aumento la richiesta di prestazioni più moderne, quali l'ECG (Elettrocardiogramma) con teleferitazione, l'holter pressorio ed il calcolo dell'INR e del PT attraverso prelievo capillare; l'aumento di servizi che utilizzano apparecchiature di nuova tecnologia, ad esempio un ecografo, potrebbero incrementare il numero di persone che si rivolgono all'ambulatorio.

Questo utilizzo di materiali e strumenti innovativi è possibile però, solamente attraverso una continua formazione ed aggiornamento personale.

### **6.3 Limiti dello studio**

I limiti in questo studio sono riconducibili a:

- il numero del campione studiato (assenza di utenti a domicilio e maggior tempo di raccolta dati);
- il questionario utilizzato indaga maggiormente l'accessibilità ambulatoriale rispetto alla qualità delle prestazioni;
- la mancanza di un possibile confronto con una realtà simile nel territorio.

## 7. CONCLUSIONI

I risultati ottenuti in questo studio sono molto interessanti, ma per capirli fino in fondo vanno contestualizzati nel territorio di riferimento.

Innanzitutto il campione analizzato corrisponde ai dati dell'Istat e del PSR della regione Veneto sulla popolazione trevigiana, ovvero una maggioranza di persone anziane che richiede frequentemente assistenza sanitaria. Tuttavia il vero motivo per cui molte persone accedono all'ambulatorio infermieristico risiede nel tipo di prestazioni erogate, che rispecchiano i bisogni di salute principali e prioritari della popolazione. In particolare, il rapporto dello studio ACG mostrava come nel territorio trevigiano le patologie cardiovascolari e le relative complicanze fossero le più diffuse, soprattutto l'ipertensione e i vari tipi di lesione. Il servizio per le persone con problemi cardiologici offre varie prestazioni: dalle più semplici, quali il controllo dei parametri vitali, le medicazioni semplici, i prelievi, alle più avanzate, come l'ECG con telerefertazione immediata, il dosaggio dell'INR e del PT tramite prelievo capillare, l'holter pressorio e le medicazioni complesse. Gli stessi servizi, con l'aggiunta di altri, quali il controllo glicemico e del peso, sono utili anche in pazienti affetti da diabete, seconda patologia più frequente nella nostra regione. Inoltre vengono erogate prestazioni specialistiche che aumentano notevolmente la fascia di popolazione che accede all'ambulatorio.

Il servizio offerto dall'infermiere libero professionista in questo ambulatorio risponde alle esigenze e ai bisogni di salute della popolazione, questo è il motivo per cui sempre più persone si rivolgono a tale figura infermieristica.

Un altro aspetto fondamentale è il luogo dove ciò avviene; le linee di indirizzo nazionali e regionali premono sull'aumento della rete dei servizi territoriali e proprio vicino all'utente opera l'infermiere libero professionista, in un ambulatorio poco distante da casa o addirittura a domicilio.

Per quanto riguarda la *customer satisfaction*, i dati mostrano una soddisfazione altissima nei confronti di tutto il servizio offerto, ma il vero punto di svolta è il pensiero che le persone maturano verso la figura infermieristica. Gli utenti vogliono interfacciarsi direttamente con il professionista, sia per quanto riguarda la prenotazione, sia per il pagamento e soprattutto per richiedere una prestazione, una visita o anche solo per porre un problema o un quesito inerente al proprio stato di salute. Ciò è dovuto al fatto che

l'infermiere ha costruito un rapporto professionale ed umano con le persone che accedono all'ambulatorio, soprattutto con gli utenti già clienti.

Il passo successivo sarà la realizzazione ed il riconoscimento del cosiddetto "infermiere di famiglia": questa figura, già presente in altri Paesi dell'Unione Europea, è l'ulteriore sviluppo del libero professionista descritto in questo studio, il cui lavoro non sarà, come adesso, prettamente di tipo prestazionale, ma richiederà la presa in carico totale degli utenti, anche di interi nuclei familiari, fornendo l'assistenza infermieristica necessaria a soddisfare i bisogni di salute della popolazione durante le varie fasi della vita.





## BIBLIOGRAFIA

- (1) Istituto Nazionale di Statistica. Rapporto Annuale 2015, La situazione del Paese. ISTAT 2015 20 Maggio 2015; ISBN 978-88-458-1839-4.
- (2) Simonetti G, Ugenti R, Casciello M, Tamburini C. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013. Ministero della Salute 2013.
- (3) Piano Sanitario Nazionale 2011-13. Ministero della Salute 2011.
- (4) Consulta Regionale del Veneto. LEGGE REGIONALE 29 giugno 2012, n. 23; Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016. Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto n 53 del 6 luglio 2012; Anno XLIII - N. 53.
- (5) Examining the Association Between Comorbidity Indexes and Functional Status in Hospitalized Medicare Fee-for-Service Beneficiaries. Physical Therapy. [serial on the Internet]
- (6) Istituto Nazionale di Statistica. Bilancio Demografico 2014 e Popolazione residente al 31 Dicembre, Comune di Treviso. GeoDemoIstat it 2014 Dicembre 2014.
- (7) Progettoit.DRG, Ministero della Salute [online] Disponibile da: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=4294&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4294&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto) [consultato il 21 dicembre 2015]
- (8) Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere. 18 dicembre 2008.
- (9) Bellavia M, Tomasello G, Damiani P, Damiani F, Geraci A, Lo Monte A, et al. Towards An Improvement of Hospital Services and Streamlining of Health Care Costs: The DRG Analysis in Italy. Iranian Journal Of Public Health [serial on the Internet].
- (10) Il Progetto ACG nella regione Veneto e descrizione del progetto [online]. Disponibile da: <http://acg.regione.veneto.it/> [consultato il 21 dicembre 2015] <http://acg.regione.veneto.it/descrizione-del-progetto>. [consultato il 21 dicembre 2015]

- (11) Coordinamento progetto ACG. Relazione finale sulle attività progettuali del secondo anno di sperimentazione del sistema ACG – Adjusted Clinical Groups. DGR 498 del 16 aprile 2013.
- (12) Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI. Norme di Comportamento per l'esercizio autonomo della libera professione. Approvato dal Consiglio Nazionale il 28 settembre 19.
- (13) Castagnoli M, Gamba DV, Guandalini A, Mazzoleni B, Pais dei Mori L, Proietti R, et al. Vademecum della libera professione infermieristica 2014: IPASVI; ENPAPI; 2014.
- (14) Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie. Gazzetta Ufficiale 2-3-1999;n.50.
- (15) Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995; n. 6.
- (16) Decreto ministeriale 2 aprile 2001. Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie. Gazzetta Ufficiale 5 giugno 2001, testo aggiornato al 26 Aprile 2006.
- (17) CENSIS. L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro – Rapporto di ricerca. 24 Marzo 2012.
- (18) CENSIS. Infermieri e nuova sanità: opportunità occupazionali e di *upgrading*. Le prestazioni infermieristiche nella domanda di assistenza sul territorio. 2 Febbraio 2015.
- (19) Peak T, Sinclair S. Practice forum. Using customer satisfaction surveys to improve quality of care in nursing homes. Health & Social Work [serial on the Internet]. (2002, Feb)
- (20) Perucca R. Consumers with options. Nursing Management [serial on the Internet]. (2001, Sep)
- (21) Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? (1988), JAMA, 260, 1743-1748.
- (22) A. Coluccia, F. Ferretti, R. Cioffi. Cenni teorici sul concetto di qualità percepita in sanità. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, PI-ME, Pavia 2009.

(23) Consulta Regionale della Lombardia. DGR n. VII/8504 del 22 marzo 2002; “Linee guida per la *customer satisfaction* – Metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione nelle strutture sanitarie”.

Desidero ringraziare la professoressa Stefania Avoni e l'infermiere Emanule Cagnin che mi hanno permesso e supportato nella realizzazione di questo elaborato.

# ALLEGATO

## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI: ACCESSIBILITA' AMBULATORIALE (Questionario consigliato)

Salve sono Federico Cadamuro, studente del III anno del corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Padova, sede di Treviso.

La mia tesi consiste in uno studio della popolazione che si avvale dei servizi offerti da un infermiere libero professionista, indagando l'età, la professione, la scolarità, il luogo dove risiedono, i bisogni di salute ed il grado di soddisfazione.

La prego di voler rispondere all'intervista/questionario proposto con la massima sincerità, garantendo che i dati raccolti in forma anonima saranno utilizzati solo per redigere la tesi di laurea ed in conformità al D. Lgs. 196/2003 sulla privacy.

Per ulteriori informazioni sono reperibile al 3488257920.

Il questionario viene compilato in data \_\_/\_\_/\_\_:

- dall'utente     con l'aiuto di familiari o conoscenti     con l'aiuto di un operatore  
 da un intervistatore esterno in ambulatorio     da un intervistatore esterno fuori dall'ambulatorio

**N.B! E' OBBLIGATORIA LA COMPILAZIONE DEI CAMPI EVIDENZIATI: Per ogni domanda apporre la croce su un solo quadratino di risposta (laddove possibile è lasciata la facoltà di più risposte)**

### INFORMAZIONI GENERALI

COGNOME e NOME (facoltativo) \_\_\_\_\_

Sesso     maschio     femmina    Età in anni \_\_\_\_\_

Nazionalità     italiana     straniera

Scolarità     nessuna     scuola obbligo     sc. superiore     laurea/altro titolo universitario

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Professione     Casalinga     Pensionato/a     Studente/ssa     Disoccupato/a

Operaio/a     Impiegato/a     Commerciante     Dirigente     Libero professionista

Altro \_\_\_\_\_

Per poter confrontare in modo corretto le informazioni rilevate con questo questionario, è importante conoscere se la visita o l'esame che ha effettuato oggi è una prestazione "urgente differita" ( se ha il bollino verde):

SI                          NO







**ARRIVO ALL'AMBULATORIO PRESSO CUI EFFETTUARE VISITA O ESAME**

**5. E' soddisfatto dell'organizzazione dei servizi DELL'AMBULATORIO PRESSO CUI HA EFFETTUATO LA VISITA O ESAME ?**

| per nulla soddisfatto    | poco soddisfatto         | soddisfatto così così    | abbastanza soddisfatto   | molto soddisfatto        | non saprei               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**In particolare:**

Quanto è stato soddisfatto di:

Semplicità nel raggiungere l'ambulatorio  
(es: segnaletica, percorso, scale, ascensori)

Tempo trascorso in sala di attesa

Confortevolezza della sala di attesa (es: pulizia dei locali, posti a sedere liberi e comodi, servizi igienici)

Rispetto della privacy (riservatezza)

Cortesia degli infermieri

|   | per nulla                | poco                     | così così                | abbastanza               | molto                    | non saprei               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Quanto è stato soddisfatto di:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Semplicità nel raggiungere l'ambulatorio<br>(es: segnaletica, percorso, scale, ascensori)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tempo trascorso in sala di attesa   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Confortevolezza della sala di attesa (es: pulizia dei locali, posti a sedere liberi e comodi, servizi igienici) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rispetto della privacy (riservatezza)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cortesia degli infermieri   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6. Sulla base della sua esperienza, consiglierebbe questo ospedale o questo poliambulatorio a conoscenti nelle sue stesse condizioni ?**

no       forse no       non so       forse si       si

**ALCUNE INFORMAZIONI GENERALI**

**7. Chi le ha prescritto su impegnativa questa visita o questo esame?**

- Medico di famiglia o pediatra di libera scelta       Specialista dell'ospedale o del poliambulatorio
- Passaparola tra conoscenti       Altro

**8. Al momento della prescrizione ha ricevuto indicazioni su:**

- 8.1** Dove effettuare la visita o l'esame      SI esaurienti       SI non esaurienti       NO
- 8.2** Come fare la prenotazione      SI esaurienti       SI non esaurienti       NO

**9. Se ha già fatto visite o esami specialistici presso questa struttura, trova che il servizio sia:**

- Peggiorato     Ugual e     Migliorato     E' la prima volta che utilizzo la struttura

**10. Le chiediamo di indicare quale o quali tipi di prestazioni ha effettuato oggi e all'interno di quale o quali specialità (può segnare più di un quadratino):**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Misurazione pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Iniezioni intramuscolari e sottocutanee                            |
| <input type="checkbox"/> Vaccinazioni   |
| <input type="checkbox"/> Prelievo a domicilio   |
| <input type="checkbox"/> Medicazioni semplici   |
| <input type="checkbox"/> Medicazioni complesse  |
| <input type="checkbox"/> Valutazioni domiciliari  |
| <input type="checkbox"/> Lavaggi auricolari   |
| <input type="checkbox"/> Holter pressorio 24 h  |
| <input type="checkbox"/> Studio del sonno   |
| <input type="checkbox"/> Elettrocardiogramma  |
| <input type="checkbox"/> Altro .....  |

**11. In questo periodo, come va in generale la sua salute?**

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bene                     | Abbastanza               | Così così                | Piuttosto male           | Male                     | Non saprei               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**EVENTUALI OSSERVAZIONI**

|  |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|--|