

## LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ IN SANITÀ. ALCUNE RIFLESSIONI TEORICHE

**Cleto Corposanto\***

### RIASSUNTO

Il tema della valutazione della qualità in sanità è certamente complesso, anche perché si tratta di un concetto multidimensionale. In questo saggio vengono affrontati alcuni nodi teorici che ruotano attorno al cosiddetto Triangolo della qualità - erogata, percepita, sociale - e vengono altresì discussi i fondamenti e l'uso degli indicatori di qualità.

### PAROLE CHIAVE

valutazione, qualità, indicatori

**ABSTRACT:** The evaluation of quality in the health sector: a few theoretical considerations

The evaluation of healthcare quality is certainly a complex subject, also due to the fact that it is a multidimensional concept. This essay wishes to face some theoretical knots that surround the so-called "Triangle of quality" - distributed, perceived, social - and we also wish to discuss the foundation and use of quality indicators.

### KEYWORDS

evaluation, quality, indicators

## 1. La valutazione

In senso generico con il termine valutare possiamo di volta in volta intendere l'operazione di calcolare il valore di qualcosa, stimare; determinare il pregio, la qualità, l'importanza di un oggetto o di una prestazione; ponderare, soppesare ai fini di attribuire un giudizio complessivo o un voto, fornire [quindi] una valutazione. In altri termini, la valutazione è quindi un «*giudizio che assegna ad una cosa*

---

\* Professore di Metodologia e tecniche della ricerca sociale e Statistica sociale presso l'Università degli Studi di Trento

*un determinato valore [e si fonda] nell'assegnare ad una bene economico un determinato prezzo, [...] nell'esprimere un'opinione che gradua un avvenimento rispetto a determinati criteri, [...] nell'aggiudicare che significa interesse, peso e attenzione» (Cipolla 1997).*

In senso scientifico, l'operazione di valutazione può fare riferimento: alla determinazione dei risultati ottenuti; alla determinazione dell'efficacia ed efficienza; alla performance dell'oggetto della valutazione.

Definire il concetto di *qualità in sanità* comporta notevoli complessità, in virtù del fatto che il problema possiede due differenti dimensioni. Infatti, si ha l'esigenza di determinare la prospettiva attraverso la quale effettuare la valutazione di qualità e, conseguentemente, quella di definire alcuni opportuni parametri, che possono essere variabili a seconda dei casi considerati.

Il punto di vista mediante il quale si imposta la valutazione assume notevole importanza, poiché, come è ampiamente plausibile, al variare del soggetto responsabilizzato al giudizio di qualità, varieranno anche alcune variabili oggetto di studio mediante le quali si realizza tale valutazione. In letteratura sono presenti alcuni ben noti possibili impianti metodologici, in particolare, appare evidente come esiste una forte contrapposizione tra la visione "assolutistica" del medico e quella "individualistica" del paziente.<sup>1</sup>

Entrambe queste prospettive mostrano dei limiti: infatti, se da un lato è possibile astrarre dalla competenza tecnica del medico, dall'altro risulta altrettanto difficile non considerare la centralità del paziente, che sopporta i rischi e riscuote i benefici dell'intervento clinico. A fronte di tale circostanza, anche in conseguenza del vincolo di bilancio, è assai auspicabile l'introduzione di una filosofia intermedia, basata su una visione completa che tenga conto di criteri tecnici e di bisogni individuali, aggregati tuttavia sull'intera popolazione di assistiti.

## 1.2. Valutazione di struttura – processo – esito

Per quel che riguarda i parametri della valutazione di qualità in sanità, il noto paradigma di Donabedian, che prevede tre possibili dimensioni rilevanti, rappresenta forse il più classico degli esempi. Tali dimensioni sono:

- la *Struttura* (o input). Si intende ogni elemento materiale e organizzativo stabile, componente il "teatro" in cui si verifica il processo di erogazione delle prestazioni assistenziali. Fanno parte di questa specificazione le risorse organizzative umane, fisiche, tecniche e finanziarie necessarie per garantire il funzionamento dei Servizi Sanitari;
- il *Processo*. L'insieme delle azioni che gli operatori eseguono a favore dei propri assistiti. Una specificazione completa dei processi sanitari prevede il controllo del grado di perizia tecnica mostrata dagli operatori, oltre a tutti gli

---

<sup>1</sup> Si vedano in proposito i concetti di *sick role* coniato da T. Parsons e di *dominanza medica* di A. Freidson, ma anche di *iatrogenesi clinica* di I. Illich.

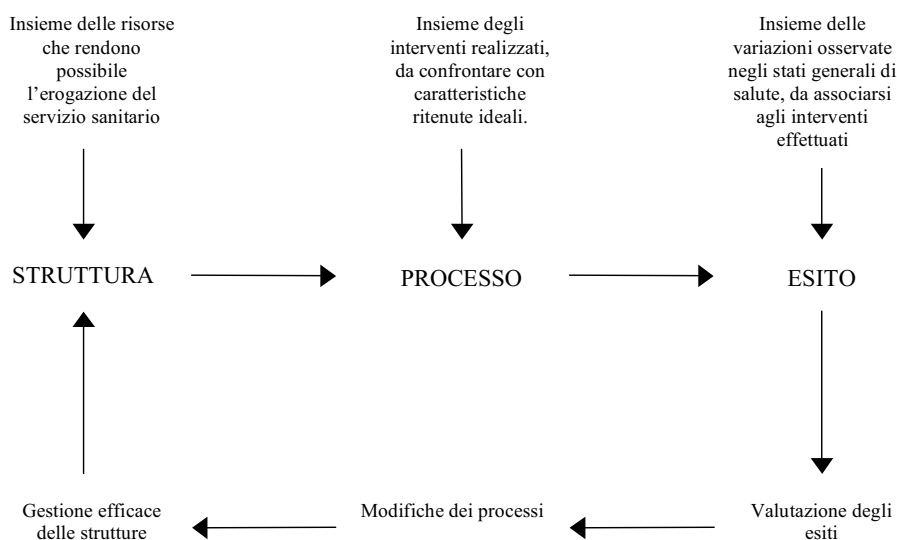
sforzi che i pazienti sopportano per curarsi. In altre parole, quindi, il processo rappresenta l'insieme delle attività assistenziali, determinate dall'interazione che si sviluppa tra il paziente e la struttura, in base a specifiche norme scientifiche, etiche e sociali.

- L' *Esito* (*output* e *outcome*). Consiste principalmente nel risultato che si riesce ad ottenere a favore di ciascun assistito, in termini di variazioni dello stato di salute attribuibile al processo assistenziale e che, dunque, deve essere valutato come conseguenza dell'attività sanitaria. Rilevante nella definizione dell'esito è anche l'ottica del paziente, che si traduce nel grado di conoscenza e percezione del proprio stato di salute, del cambiamento di comportamento favorevole al miglioramento della stessa salute e, soprattutto, della soddisfazione provata rispetto all'assistenza ricevuta.

È chiaro come la valutazione può essere effettuata su ogni singola dimensione ed al variare dell'ottica presa in riferimento si ottengano delle differenti metodologie di valutazione, basate su parametri differenti. Ciò è ovvio, in quanto analizzare la struttura (quindi l'assetto organizzativo e delle risorse umane/materiali) non è come analizzare il processo (capacità tecnico-scientifiche e gestione delle figure professionali) oppure l'esito (i risultati dell'intervento sanitario sul paziente).

Pertanto, per ottenere un processo di qualità che non sleghi la relazione tra le tre dimensioni è necessario rendere dinamica la suddetta relazione. In altre parole bisogna costruire una rete circolare per la quale la valutazione degli esiti riesca a modificare i processi e, in sequenza, a variare anche la struttura che genera poi il tutto.

**Figura 1. Il sistema dinamico di valutazione della qualità dei servizi sanitari**



La valutazione di ciascun livello coglie aspetti specifici, a volte complementari a volte ridondanti, rispetto alle valutazioni di altri sottosistemi sociali.

La *valutazione dell'input* è possibile suddividerla in due dimensioni diverse tra loro: una parte *hardware* (che intende la valutazione della dimensione statica dell'organizzazione come la quantità di risorse finanziarie, tecnologiche, materiali ed umane assegnate ad un determinato programma che tende ad operare attraverso standard di qualità predefiniti, usufruendo di un sistema di indicatori senza alcun problema di misurazione) e una parte *software* (che comprende il quadro decisionale e normativo, i criteri gestionali, le modalità organizzative, le fonti e la distribuzione degli input, il modo in cui vengono fronteggiate le oscillazioni della domanda, i sistemi di raccolta di informazioni, i dispositivi interni di auto-valutazione propri di ogni organizzazione, ecc.) (Altieri 2001).

La *valutazione di processo* deve verificare la coerenza delle attività e delle procedure rispetto ai piani di intervento e il raggiungimento di risultati intermedi. Gli indicatori necessari a tal fine devono rilevare il tipo di prestazioni concretamente attuate e la corretta procedura rispetto ai protocolli operativi del programma. Inoltre, sono importanti la misurazione dei risultati intermedi in fase di attuazione del programma con l'andamento delle variabili rilevate nei *pre-test* sugli utenti. Nel caso della *valutazione dei risultati*, il valutatore deve verificare la pertinenza delle attività rispetto ai valori e agli obiettivi prefissati e la loro adeguatezza rispetto alla natura e portata del problema in questione. Si deve cioè stabilire se risulta confermata l'ipotesi di intervento che consiste nel rapporto causa-effetto tra due gruppi di variabili: a) variabili indipendenti (programma inteso come insieme di attività e risorse); b) variabili dipendenti (obiettivi del programma in termini di risultati attesi).

I risultati finali indotti dalle attività di un dato programma sono scomponibili in risultati a distanze diverse:

- *Output*: si tratta degli effetti intermedi del programma o delle prestazioni prodotte concretamente dal programma, in riferimento a ciò che è accaduto alla popolazione di riferimento. Le prestazioni possono essere analizzate in base a valori "ottimali" entro cui dovrebbero oscillare i valori relativi. Ovviamente i parametri utilizzati variano a seconda dei diversi tipi di *output* previsti.
- *Outcome*: indica i risultati (diretti e indiretti, previsti o imprevisi) dei programmi, verificabili a distanza di tempo e di più ampio respiro rispetto a quelli immediati ed intesi come le modifiche del comportamento dei soggetti destinatari della politica. L'analisi pertanto è quindi limitata alla popolazione beneficiaria del programma.
- *Impatto* (o *esito*): riguarda l'insieme degli effetti del programma più ampio sulla popolazione e sui contesti di riferimento. *Outcome* e impatto si sovrappongono in larga misura. L'impatto rappresenta l'ambito di trasformazione, il reale effetto ottenuto sull'ambiente sociale dell'azione messa in atto. La valutazione dell'impatto viene fatta soprattutto per accertare quanto sia ampia la sua diffusione e quali ricadute o effetti secondari si possono osservare sia sulla popolazione bersaglio che sul contesto di riferimento della

stessa. Gli esiti sono notoriamente difficili da definire dal punto di vista operativo. Le misure di esito richiedono infatti, disegni di ricerca complessi e l'isolamento delle variabili diviene qui ancora più arduo, in quanto più numerose sono le variabili intervenienti e maggiore, in quanto dilatato nel tempo, il loro potenziale effetto. Risultati (*output*), effetti (*outcome*) ed esiti (*impatto*) stanno quindi tra loro in una relazione complessa: solo analiticamente i tre livelli sono scomponibili e quindi la loro relazione deve essere oggetto di analisi dettagliate.

Altieri, aggiunge a queste tre valutazioni riferite alle tre dimensioni sopra riportate, la *valutazione della valutazione* (o *metavalutazione*). Essa dovrebbe configurarsi come controllo della validità del processo metodologico tramite un controllo intersoggettivo nell'ambito del lavoro scientifico dell'*équipe* di ricercatori coinvolti e come processo auto-riflessivo.

Un metodo per omettere errori commessi e (ri)produrre un successo nell'ambito della valutazione di una programmazione-progettazione, è il famoso *Ciclo della qualità* proposto da Deming e da Donabedian, e rivisto negli ultimi anni e da Tonelli e dalla QA.

Gli elementi che costituiscono il ciclo sono:

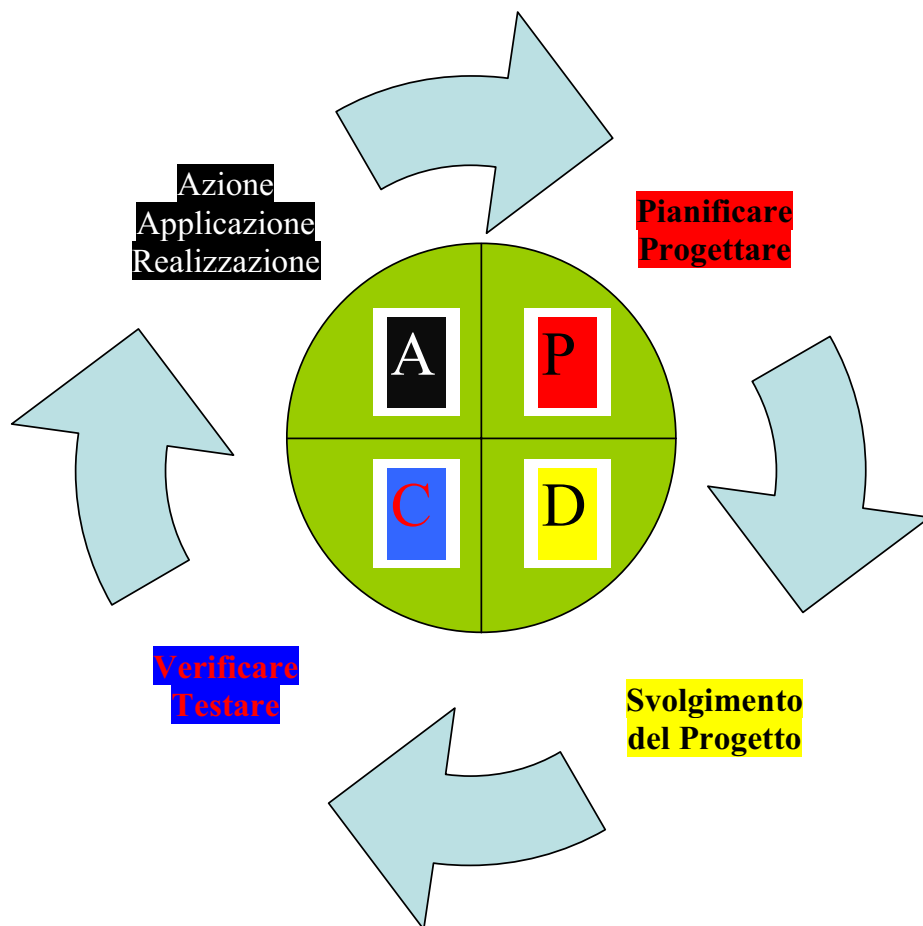
- Plan (P)
- Do (D)
- Check (C)
- Act (A)

Lo schema successivo aiuta a spiegare cosa si intende con le ben note quattro sigle.

<b>P</b>	Identificare i possibili problemi	
	Selezionare il problema prioritario	
	Osservare e documentare la situazione attuale	Raccolta dati
	Analizzare la situazione attuale	Analisi dei dati
	Identificare le possibili cause	Decisioni guidate dai dati
	Determinare le cause reali	
	Definire gli obiettivi	
Determinare i tempi e le azioni correttive		
<b>D</b>	Fare	
<b>C</b>	Check	
<b>A</b>	Agire	Standardizzare

Un ciclo, questo, in cui le parti interagiscono in modo consequenziale, che ha visto maggiore riscontro nel metodo VRQ per la valutazione della qualità professionale.

**Figura 2. Ciclo PDCA per la programmazione e valutazione di un progetto**



Tale modello è applicabile in ogni *momento* della valutazione di un determinato percorso attuativo.

### 1.3. Le componenti del percorso valutativo

Il *momento della valutazione* è, infatti, una delle componenti del percorso valutativo finalizzato sia per contemplare i diversi obiettivi sia per produrre diver-

si effetti, adottando particolari criteri e utilizzando molteplici strumenti. Queste componenti del percorso valutativo sono:

- i “momenti” di valutazione<sup>2</sup>;
- responsabili e beneficiari della valutazione<sup>3</sup>;
- oggetto dell’analisi valutativa<sup>4</sup>;
- criteri di valutazione<sup>5</sup>;
- le metodologie di analisi.

Tra queste diverse componenti, quelle che meritano un maggiore approfondimento sono le ultime due appena elencate.

### 1.3.1. Criteri di valutazione e il “triangolo della Qualità”

Per quanto riguarda la valutazione della qualità, Shaw ha indicato sei principali *criteri di valutazione*:

1. *efficacia*: attiene al livello di realizzazione degli obiettivi e costituisce uno strumento di misurazione dell’*outcome*. Può essere definita come capacità di un atto di produrre un particolare effetto, di raggiungere gli obiettivi prefissati;
2. *efficienza*: stabilisce un rapporto tra le attività erogate e le risorse utilizzate e serve per definire la qualità dell’*output*. È definibile come complesso delle procedure che favoriscono il raggiungimento dell’esito migliore;
3. *equità*: riguarda l’accesso ai servizi e la loro capacità di evitare discriminazioni, sia in riferimento ai costi di accesso, sia alle modalità di erogazione;
4. *soddisfazione (responsivness)*: definisce in che misura il servizio risponde alle aspettative dell’utenza. Si riferisce alla qualità percepita dal cittadino, la cui soddisfazione è esito di un contesto organizzativo improntato all’umanizzazione dei rapporti e alla personalizzazione dei servizi;
5. *appropriatezza*: esprime la capacità del servizio di essere “centrato” rispetto al bisogno che intende soddisfare. Serve per verificare la congruenza qualitativa e quantitativa tra il sistema delle risorse (umane ed economiche) e il sistema della domanda e quindi valutare la fase di processo;
6. *accessibilità*: consiste nella disponibilità effettiva del servizio per tutti gli utenti, con l’abbattimento o almeno la riduzione delle distanze e delle barriere, da quelle fisiche e architettoniche a quelle di tipo psicologico-culturale.

<sup>2</sup> Si distinguono: la *valutazione ex-ante*, *valutazione in itinere* (oppure *on going*), *valutazione ex-post*, *valutazione di follow-up*.

<sup>3</sup> In linea di massima, gli attori del ciclo metodologico sono: *responsabili politici*, *valutatori*, *personale sanitario* e *utenti*.

<sup>4</sup> Oggetto dell’analisi valutativa possono essere: *politiche*, *strategie*, *programmi* e *misure/interventi*.

<sup>5</sup> I criteri di valutazione sono classificati in: *efficacia*, *efficienza*, *responsivness* e *produttività*.

Altieri a questi criteri appena citati, ne aggiunge altri quattro (non citando esplicitamente però l'*equità* dell'accesso ai servizi). Essi sono:

7. *produttività*: si intende come la capacità di un servizio di raggiungere la più alta quantità possibile di prestazioni in relazione alle risorse disponibili in un dato tempo; il criterio di produttività pare difficile da svincolare dal suo "peccato originale", dal suo nascere nell'ambito della produzione economica di merci;
8. *tempestività*: intesa come l'attitudine del servizio ad intervenire il più rapidamente possibile e comunque prima che la situazione di danno o disagio si deteriori al punto da rendere inutile o di improbabile efficacia la prestazione di cura; in tal caso la tempestività è spesso una condizione dell'efficacia ed ha a che fare anche con il valore dell'equità;
9. *accettabilità*: che possiamo distinguere in *accettabilità sociale* (riguardante la capacità di un servizio di farsi accettare, in termini culturali e di valori, da tutti i propri referenti e non solo da *élite*) e in *accettabilità professionale* (che significa invece adeguatezza del trattamento di cura ai canoni o agli standard specialistici di quella data categoria di operatori); l'accettabilità corrisponde anche a ciò che le persone dovrebbero accettare in quanto assistenza sanitaria o ad esposizioni a rischi per la salute;
10. *sicurezza*: garanzia che una pratica di cura o di assistenza, mentre interviene per apportare un beneficio o una soluzione di un problema, non arrechi, nemmeno indirettamente, un altro danno o l'insorgere di un altro problema.

I criteri di tempestività, accessibilità, accettabilità, sicurezza e appropriatezza concorrono ad esprimere aspetti dell'efficacia, possono essere cioè considerati anche non come criteri autonomi di valutazione, ma come componenti dell'efficacia, se non addirittura come sue precondizioni.

Da quanto detto finora sui criteri di valutazione si deduce come nell'effettuare una ricerca-valutazione della qualità dei servizi sanitari non si può prescindere dalle tre dimensioni che la costituiscono<sup>6</sup>. Øvretveit ha distinto tre tipi di qualità:

- *qualità organizzativa e gestionale*: uso efficace e produttivo di risorse per soddisfare le richieste del cittadino-utente, all'interno di limiti e direttive stabilite. La valutazione di questa dimensione della qualità non si realizza semplicemente attraverso la rilevazione numerica delle dotazioni ma anche attraverso la valutazione delle modalità del loro utilizzo, della accessibilità, della relazionalità che intersecano;
- *qualità professionale*: concerne il giudizio dei professionisti sulla misura in cui il servizio soddisfa i bisogni dei cittadini-utenti, così come stabiliti dai professionisti stessi. È connessa alle competenze possedute dal personale che lavora nei servizi valutati e attribuisce importanza all'aggiornamento professionale;

---

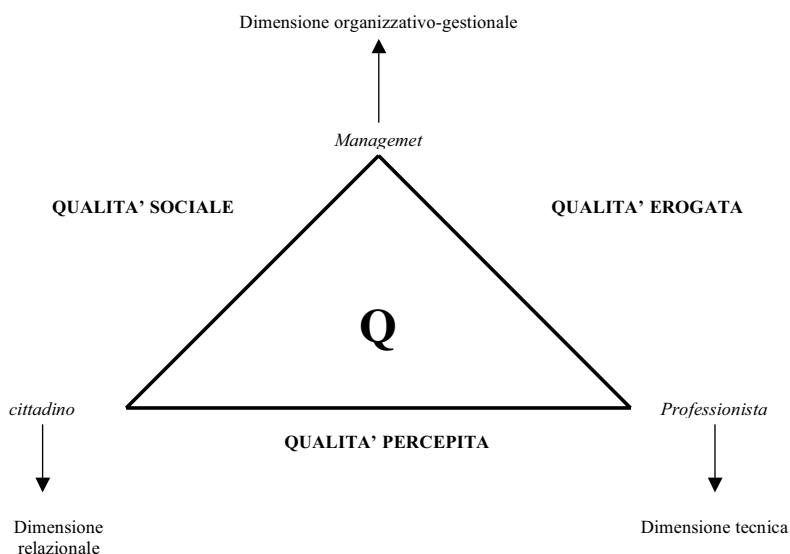
<sup>6</sup> Queste tre fasi, in realtà, corrispondono in senso lato alle stagioni della qualità.



- *qualità valutata dal lato del cittadino-utente*: attiene alle questioni dei cittadini sul servizio che viene loro fornito. Non concerne solo gli aspetti più tecnici della salute-malattia ma si riferisce alla capacità relazionale (cortesia, empatia, disponibilità, compliance) degli operatori di rispondere alle esigenze dei fruitori.

Le tre *correlazioni* che ne risultano possono essere lette come altrettanti lati di un ipotetico *triangolo della qualità*.

**Figura 3. Triangolo della Qualità**



La *Qualità erogata* è frutto della interconnessione fra la qualità progettata organizzativo-gestionale e quella tecnico-professionale; la *Qualità percepita* è l'interconnessione tra la qualità tecnico-professionale (e, più in generale, la qualità erogata) e la dimensione relazionale della qualità; la *Qualità sociale* è il risultato dell'interconnessione fra qualità progettata e qualità attesa (Giarelli 2004).

Un altro punto dell'attività valutativa, come abbiamo detto precedentemente, che merita almeno un minimo approfondimento sono le metodologie e le tecniche utilizzate per valutare la qualità.

### 1.3.2. Metodi e tecniche di analisi

Data la complessità dell'oggetto di analisi è bene individuare alcuni filoni metodologici (ultimo punto delle componenti del percorso valutativo) con le rispettive tecniche di indagine e di trattamento dei dati.

La *ricerca sperimentale* è stata per diversi decenni l'emblema stesso della valutazione, in particolare nell'ambito farmaceutico, nella formazione e nella educazione sanitaria.

L'*analisi dei costi e dell'efficienza* concerne l'impiego ottimale delle risorse per il conseguimento degli obiettivi/risultati. Gli strumenti di analisi utilizzati in tal campo d'indagine rispondono a tale principio attraverso la determinazione dei costi e, ove possibile, dei benefici di uno o più programmi alternativi. Quelli più diffusi complessivamente denominati come strategie cost-analitiche sono: l'*analisi costi-benefici* (ACB), l'*analisi costi-efficacia* (ACE) e l'*analisi costi-utilità* (ACU).

I *metodi di monitoraggio* comprendono le procedure per l'esame diretto di operazioni facenti parte del programma. Essi sono: le *verifiche di responsabilità* (o *contabili*) che hanno lo scopo di sottoporre a controllo la coerenza, l'affidabilità e la precisione della documentazione riguardante le spese, l'allocazione delle risorse, le prestazioni nei confronti degli utenti, allo scopo di stabilire specifiche responsabilità all'interno del programma e di costruire un'accurata contabilità; le *verifiche amministrative* tendono a rilevare i rendimenti del personale in relazione a standard definiti, ad analizzare regolamenti, contratti di lavoro, mansioni, ecc., ad individuare incoerenze di organizzazione e di politiche di gestione, ad esaminare le funzioni e le responsabilità del personale; gli *studi di tempi/movimenti* analizzano l'uso del tempo di lavoro di operatori ed amministrativi in relazione a specifiche mansioni e prestazioni.

La *metodologia della ricerca sociologica* è caratterizzata da: *interviste non strutturate* importanti per la loro grande capacità di penetrazione, approfondimento, flessibilità ed adesione alla soggettività del singolo operatore o utente e alla specificità del singolo caso, vanno cioè oltre i limiti dei questionari standardizzati; l'*osservazione* ("partecipante", "quasi-partecipante" e "diretta") intesa come tecnica specifica di rilevazione sul campo; le *survey* (somministrazione di questionari a campioni di cittadini) sono l'unico strumento che permette di misurare e quantificare i livelli di soddisfazione.

Vi è inoltre, un approccio metodologico che riguarda le attività di valutazione messe in atto sia da "pari" esperti (cioè appartenenti alla stessa categoria professionale dei valutati) che intervengono dall'esterno, sia da operatori che si autovalutano internamente al servizio. Ma qui vengono praticate specifiche tecniche di lavoro, basate fondamentalmente su metodologie di gruppi. I *giudizi di esperti e autovalutazione*, ad esempio, sono suddivisibili in tecniche quali: i *focus group* che consistono in interviste rivolte a gruppi omogenei e limitati di persone, la cui attenzione è misurata su un argomento specifico che viene sviscerato in profondità; la tecnica dei *gruppi Delphi* si basa su un processo strutturato che raccoglie e approfondisce informazioni dal patrimonio conoscitivo di un gruppo di esperti; le *Nominal Group Technique* consistono nell'aggregazione di individui con uno specifico obiettivo conoscitivo, valutativo o decisionale, dove però la comunicazione tra i partecipanti non è libera ma vincolata dal moderatore attraverso semplici elaborati scritti e non verbali; il *brainstorming* è particolarmente utile nelle fasi iniziali degli studi valutativi in quanto il gruppo si riunisce con lo scopo di produrre liberamente, con la massima creatività, idee, elaborazioni, opinioni sul tema gene-

rale della valutazione; i *gruppi ispettivi* prevedono un lavoro che implica l'intervento, volontariamente richiesto dagli operatori della struttura, di una commissione molto ristretta di esperti di pari ed omogenea collocazione professionale, all'interno di una struttura di servizio per valutarne la qualità (esempi sono la VRQ); la *peer-review* è un'insieme di professionisti ed operatori interni di un servizio e sono sedi di autovalutazione.

Un'altra componente decisiva per una corretta valutazione dei programmi sta nel costruire *sistemi di indicatori*. Questi, nella letteratura recente sono suddivisi in aree:

- *indicatori di input* (o di risorse): relativi a tutti i fattori che sono messi a disposizione dal programma (personale, tecnologie, orari, attrezzature, formazione professionale, ecc.);
- *indicatori di processo*: relativi alle procedure, alle attività, ai metodi e all'organizzazione del lavoro;
- *indicatori di output* (o di performance o di prestazioni): riferiti o a esiti intermedi o a informazioni sul volume delle attività, sulla contabilità sociale;
- *indicatori di outcome*: riguardanti i risultati effettivi, gli esiti finali.

L'esperienza insegna come sia relativamente semplice costruire indicatori soddisfacenti di *input* (risorse) e *output* (prestazioni), ma come sia ben più difficile individuare indicatori soddisfacenti di *processo* e di *outcome* (indicatori che diano cioè quando un caso è stato risolto).

Nel capitolo successivo, è necessario approfondire questa metodologia di analisi per costruire un sistema di indicatori utili per il project work oggetto di studio.

## 2. Gli indicatori

### 2.1. Definizioni di indicatore

L'interesse che si è andato fissando in Italia sugli indicatori sociali affonda le sue radici nella ormai condivisa esigenza di intervenire su quegli aspetti della società ("qualità della vita", "benessere", ecc.) nel passato largamente trascurati dagli organi pubblici di rilevazione statistica o, seppur considerati, non compresi in un coerente quadro di sistematizzazione concettuale.

Da questa istanza sono scaturiti, in particolare, tentativi di concepire sistemi integrati di statistiche demografiche sociali ed economiche e sistemi di pianificazione sociale (*social planning*) e di contabilità sociale (*social accounting*), nonché la problematica degli "indicatori sociali" (*social indicator*).

Su quest'ultima rivolgeremo l'attenzione per chiarirne la portata alla luce di un quadro ontologico che consenta di fissarne la natura.

Il primo passo da compiere, in una prospettiva di questo tipo, è di specificare in che cosa consiste il problema degli indicatori e se esso sia così "autonomo" da non aver bisogno di alcun sistema o riquadro logico entro il quale collocarsi.

Già da una prima analisi delle definizioni che sono state date degli indicatori apparirà evidente la variabilità delle angolazioni di approccio e, quindi, la diversità delle sottostanti rappresentazioni che hanno funto da schema di riferimento. Così, ad esempio, le definizioni espresse intorno alla fine degli anni '60 e l'inizio degli anni '70:

1. *statistiche che descrivono chiaramente e precisamente le condizioni presenti della nostra società.* (W.J. Coen.);
2. *un indicatore sociale può essere definito come una statistica, di diretto interesse normativo, che facilita giudizi concisi, comprensivi ed equilibrati sulla condizione dei maggiori aspetti di una società.* (U.S. Department of Health, Toward a Social Report);
3. *dati quantitativi che servono come indici delle condizioni socialmente importanti della società* (M. Olson jr).

Queste definizioni non dicono nulla di nuovo se non che l'etichetta di "indicatore sociale" va apposta a quei dati statistici che hanno attinenza col "sociale".

Esse riflettono solo il desiderio di un allargamento delle conoscenze intorno alla società, attraverso la raccolta di informazioni in ordine "ai maggiori aspetti" o alle "condizioni socialmente importanti": talché sembrerebbe che un indicatore sociale non sia più tale ove quantifichi "aspetti" e "condizioni" *non* importanti. Stando a queste definizioni il problema sarebbe, dunque, quello di individuare questi aspetti, essendo scontato poi che un qualsiasi dato ad essi inerente è un indicatore sociale.

Un altro gruppo di studiosi, oltre a riconoscere l'importanza della funzione conoscitiva degli indicatori in ordine alla fenomenologia sociale, designa con tale espressione non già i singoli dati o espressioni numeriche, ma il modo secondo il quale tali dati si configurano. In questo filone ricadono, ad esempio, le definizioni che identificano gli indicatori con le serie storiche:

4. *serie temporali che consentono di effettuare comparazioni tra periodi e di evidenziare, di volta in volta, tendenze di lungo periodo e situazioni anormali* (E.B. Sheldon e H.E. Freeman);
5. *una serie diventa un indicatore quando essa assolve una funzione definita; nel senso più semplice, singole serie riferentisi alle condizioni sociali, alla condotta, alle istituzioni e così via possono essere chiamate "indicatori sociali". Ma in modo più interessante si può significare col termine quelle serie che siano in qualche modo rappresentative delle condizioni sociali* (C.A. Moser).

Queste due definizioni non si discostano sensibilmente dalle altre in precedenza richiamate poiché, al pari di quelle, riconoscono una stessa identica natura, quella di espressione numerico-misuratoria, all'indicatore.

In questa seconda ottica sembra potersi invece riconoscere una maggior preoccupazione per finalità che non solo attengono alla espressività conoscitiva degli indicatori, ma anche a quella predittiva, forse ancor più importante della precedente, quando si faccia riferimento alla programmazione o all'intervento sociale. Inoltre,

nell'identificare gli indicatori con le serie storiche, appare più evidente la “funzione esplicativa”, tenuto conto che l'analisi delle variazioni temporali dei fenomeni cui le serie si riferiscono consentirebbe di stabilire – quanto meno in via di ipotesi da verificare per altra via – delle concatenazioni di tipo associativo o causale.

Molto più sofisticate e relative ad una complessa tematica inglobante aspetti vaporativi, epistemologici e metodologici, sono le definizioni seguenti, proposte alla fine degli anni '80:

6. *un indicatore sociale non è un semplice indice numerico. Un indice diviene indicatore significativo quando: a) esprime la totalità del fenomeno che esso ha il compito di caratterizzare o una sua parte chiaramente delimitata; b) è sensibile, vale a dire registra le modificazioni del fenomeno “indicato”, e fedele, affinché le sue variazioni nel tempo non siano attribuibili alla qualità dell'osservazione (R. Curatolo);*
7. *l'indicatore sociale è l'espressione numerica diretta di un fenomeno quantificabile ovvero variabile, la cui evoluzione dà conto di un altro fenomeno non quantificabile, ma che si vuole esprimere in cifre. Il secondo fenomeno, o variabile qualitativa, è associato a molti altri fenomeni, o variabili quantificabili, e dunque a molti indicatori (R. Curatolo);*
8. *è una misura numerica esprime in maniera significativa lo stato presente, passato o futuro dei molteplici aspetti di un fenomeno sociale che forma comunemente l'oggetto di giudizi puramente qualitativi (J. Baudot).*

Le ultime due definizioni, pur qualificando ancora l'indicatore come “espressione numerica” di un fenomeno, si distinguono chiaramente dalle precedenti per l'assegnazione di un significato che vede nell'indicatore un sostituto funzionale all'analisi di un fenomeno che non sia *quantificato* o *quantificabile*.

Questa rapida disamina di alcune definizioni dell'indicatore consente di rispondere, almeno parzialmente, al quesito di partenza.

Poiché tutte le definizioni sopra citate fanno riferimento alla natura metrica o numerica dell'indicatore, nonché alla sua espressività con riferimento ad un determinato fenomeno sociale, sembra che la problematica degli indicatori vada inserita nella teoria della misurazione (ed ancor più direttamente, forse, vada riferita al problema del passaggio dal qualitativo al quantitativo). In questa prospettiva pare pertanto che il problema degli indicatori sia quello di accertare quali sono le caratteristiche, di un fenomeno sociale ritenuto rilevante, che meglio esprimono in termini qualitativi (variabili).

## 2.2. Dal concetto agli indici sintetici aggregati

Il processo che permette la traduzione dei fenomeni sociali complessi in termini di indicatori empirici, comprende essenzialmente (e molto sinteticamente) le seguenti quattro principali fasi:

1. definizione astratta del fenomeno sociale (o concetto);

2. scomposizione del concetto in dimensioni, ed eventualmente in sub-dimensioni;
3. scelta degli indicatori osservabili corrispondenti a ciascuna dimensione (e sub-dimensione);
4. eventuale sintesi degli indicatori sociali in indici sintetici aggregati.

La prima fase, quella che Lazarsfeld denomina della *rappresentazione immaginata del concetto*, è l'aspetto più creativo del lavoro dello scienziato sociale. Infatti, il ricercatore, al principio del percorso conoscitivo, partendo dall'analisi dei dettagli di un problema teorico, trarrà un abbozzo di costruzione astratta: un'immagine, appunto, del concetto considerato. La prima fase ha, cioè, inizio "nell'istante in cui, percependo dei fenomeni disparati, il ricercatore tenta di scoprire in essi un tratto caratteristico fondamentale, e tenta di spiegare le regolarità che osserva".

La seconda fase consiste nella *specificazione concettuale* dell'immagine iniziale. A partire da una definizione preliminare, ancora nebulosa, molte volte frutto di intuizioni immediate più che di analisi razionali, si dovrà passare alla fase di selezione delle componenti di questa prima nozione, denominati *aspetti costitutivi* o *dimensioni* (o, anche, *sottoconcetti*). Queste componenti potranno essere dedotte *analiticamente* dal concetto generale che le ingloba, oppure *empiricamente* dalla struttura delle loro interrelazioni. Non esistono regole fisse o criteri unici per la scelta degli aspetti costitutivi nei quali decomporre un fenomeno sociale complesso. In genere, la scelta si basa: a) su esperienze precedenti e sul livello di conoscenza già acquisito del fenomeno; b) sugli scopi di misurazione (conoscitiva, di controllo, di intervento, etc.); c) sull'arco di tempo e sul livello di dis-aggregazione territoriale cui la misura dovrà riferirsi; d) sulla quantità e qualità dei dati statistici già disponibili.

La terza fase consiste nel trovare gli indicatori sociali corrispondenti a ciascuno degli aspetti costitutivi del fenomeno complesso, i quali rappresentano "spie" del fenomeno che si vuol studiare. Una osservazione importante da fare riguarda il fatto che statisticamente, in campo sociale, nessun indicatore sta in rapporto di assoluta certezza con il concetto che lo sottende, ma questa relazione potrà essere definita soltanto in termini di probabilità. Ciò implica che a parità di fenomeno sociale (o concetto) è possibile che indicatori diversi portino allo stesso risultato, attraverso la proprietà della "interscambiabilità degli indici"<sup>7</sup>. Questa regola, in sostanza, afferma che la scelta di alcuni indicatori, piuttosto che di altri (purché tutti relativi ad uno stesso fenomeno sociale e tutti occupanti una medesima posizione in termini di antecedenza – conseguenza logica o temporale rispetto ad esso), non altera la relazione intercorrente tra il fenomeno considerato ed altri fenomeni esterni ad esso.

---

<sup>7</sup> Le ragioni metodologiche che giustificano questo principio risiedono in due affermazioni espresse da Lazarsfeld: a) due indici (relativi allo stesso fenomeno) che sono statisticamente collegati, possono portare a classificazioni diverse, ovvero gli indici, pur essendo tra loro connessi, potrebbero non classificare tutti i casi in maniera identica, per cui rispetto ad ognuno di questi indicatori, assunto come termine di riferimento, ogni altro indicatore potrebbe avere un diverso coefficiente di correlazione; b) le relazioni con variabili esterne risultano identicamente determinate dai due indici.

L'ultima tappa di questo percorso conoscitivo dovrebbe essere rappresentata dalla formazione di indicatori finali, ottenuti dalla aggregazione degli indicatori elementari sopra citati.

### 2.3. Proprietà e peculiarità degli indicatori

Per giungere ad una serie di informazioni esaurienti su una situazione globale, i diversi indicatori devono possedere alcune caratteristiche fondamentali:

- a. *pertinenza*: deve essere chiara la rispondenza tra concetto da misurare e strumento di misurazione. A tal fine occorre esplicitare chiaramente le ipotesi semplificatrici che stanno dietro a ogni formalizzazione di un concetto reale, complesso e variegato, con una sintesi, necessariamente riduttiva, rappresentata dall'indicatore;
- b. *specificità*: un indicatore deve fornire indicazioni specifiche di un fenomeno e solo di quello;
- c. *sensibilità*: un indicatore deve poter rilevare nel modo più fedele possibile differenze anche piccole nel livello di quel fenomeno;
- d. *semplicità*: perché un indicatore sia comprensibile, ossia rappresenti con chiarezza un fenomeno, deve coglierne e mostrare solo i lineamenti essenziali;
- e. *importanza*: le indicazioni fornite, pur essenziali, devono avere un peso sulle decisioni, essere rilevanti, cioè poter indirizzare una diversa finalizzazione delle scelte;
- f. *coordinabilità*: deve essere possibile integrare diverse indicazioni – specifiche e sensibili, ma limitate all'essenziale – di vari fenomeni in un sistema di indicatori che fornisca conoscenze globali su una situazione complessa, definita da quei fenomeni nel loro insieme (Corposanto 2002).

Inoltre, ogni indicatore deve anche essere costruito e gestito in modo tale da permettere rilevazioni:

- *economiche*, concluse in breve tempo con basso impiego di risorse umane e strutturali e che permettano una decisione rapida;
- *affidabili*, cioè che diano risultati replicabili pur se rilevati da diversi ricercatori, in tempi o in aree diverse, ma in condizioni simili;
- *accurate*, ossia specifiche e sensibili;
- *precise*, cioè senza errore sistematico.

Quanto fin qui detto suggerisce che la costruzione di un sistema di indicatori non è un atto semplice, ma piuttosto un processo da più momenti rilevanti, in cui è possibile distinguere due fasi principali:

1. *cosa si vuole misurare*: innanzitutto occorre chiarire gli obiettivi di cui si vuole conoscere la realizzazione (momento politico) e, successivamente e più specificamente, gli aspetti concreti con cui tali obiettivi diventano programmi di intervento (momento formale);

2. *come misurare*: in primo luogo è necessario individuare concetti semplici e unitari che rappresentino le diverse sfaccettature su cui si basano i programmi di intervento (momento pratico), per poi passare alla costruzione pratica di tali misure (momento tecnico). Alle caratteristiche che determinano il grado di affidabilità teorica dell'indicatore, vanno aggiunte quelle relative al suo grado di operatività, che è strettamente legato ad alcuni aspetti empirici:
- disponibilità dei dati di base con tempi e costi di rilevazione;
  - attendibilità dei dati di base, determinata a sua volta dal grado di influenze fuorvianti che possono essere esercitate da fattori quali luogo, tempo, individui coinvolti e strumenti di rilevazione;
  - attendibilità, tempi, costi delle elaborazioni.

Se nessuna tra le variabili ipotizzate come indicatore risulta dominante rispetto ad ambedue i criteri dell'affidabilità teorica e della operatività, sarà opportuno stabilire tra questi dei rapporti di scambio, occorrerà cioè attribuire dei pesi ai vari aspetti considerati, per consentire così di sommare gli attributi ponderati delle variabili in esame, scegliendo quella giudicata complessivamente preferibile.

Anche il criterio della comprensibilità può essere importante in pratica; ma si tratta nello specifico di considerazioni di opportunità che al massimo possono valere nel breve periodo.

Le stesse considerazioni di operatività vanno ben calibrate perché, solo attraverso un'adeguata istruzione del personale addetto e l'adozione di tecniche e procedure adeguate, ritardi e costi delle rilevazioni possono essere fortemente ridotti. E pertanto, solo i tempi, i costi e i risultati a regime dovrebbero valere nel confronto e nella scelta tra indicatori possibili.

Nella situazione ideale, ovviamente, dovrebbe valere solo la bontà intrinseca degli indicatori. Tuttavia si noti che il ragionamento appena svolto vale anche all'interno del sottoinsieme di caratteristiche – pertinenza, specificità e precisione – dalle quali dipende l'affidabilità teorica: se nessuna variabile appare preponderante rispetto a tutti e tre i criteri, occorrerà assegnare un peso a ciascuno dei tre attribuiti in modo da poter identificare la caratteristica complessivamente preferibile.

#### **2.4. I possibili errori di rilevazione**

Nella riflessione sul processo che permette allo scienziato sociale di passare dal regno dei concetti e delle teorie al mondo dell'esperienza dei sensi, un ruolo centrale è ricoperto da quello che gli psicometrici chiamano "errore di misurazione". Tale errore rappresenta di fatto lo scarto fra concetto (teorico) e variabile (empirica). Questo errore viene abitualmente distinto in due componenti:

- errore sistematico;
- errore accidentale.



Il valore di una variabile che noi osserviamo è dunque dato da:

$$\text{valore osservato} = \text{stato effettivo} + \text{errore sistematico} + \text{errore accidentale}$$

e l'errore di rilevazione sarà:

$$\text{errore di rilevazione} = \text{valore osservato} - \text{stato effettivo}$$

quindi, in altri termini:

$$\text{errore di rilevazione} = \text{errore sistematico} + \text{errore accidentale}$$

Mentre l'errore campionario può essere stimato con opportune tecniche, l'errore non campionario, o di rilevazione, non può essere quantificato, poiché è la risultante di innumerevoli fattori e la causa di molteplici effetti.

Gli errori possono essere commessi sia nella fase teorica dell'indagine campionaria, che in quella empirica. Nella *fase teorica dell'indagine*, o di indicazione, vengono scelti gli indicatori atti a rappresentare una proprietà che vogliamo studiare e gli errori che si possono commettere sono [solitamente] di tipo sistematico. Nella *fase empirica*, o "di operativizzazione", gli errori sono sia sistematici, che accidentali, e sono legati ai tre momenti di esecuzione dell'indagine: la selezione, l'osservazione e il trattamento dei dati.

Gli *errori di selezione* sono sostanzialmente errori campionari, relativi cioè alla formazione del campione. Sono legati a problemi di copertura, ossia all'utilizzo di liste incomplete da cui selezionare; di campionamento, cioè al tipo di campione scelto; di non-risposta da parte di alcuni elementi del campione, e quindi ad una loro autoesclusione dal campione stesso.

Gli *errori di osservazione* dipendono, invece, dall'intervistatore, che può condizionare le risposte col proprio comportamento, fraintenderle oppure registrarle in maniera non corretta; dall'intervistato, che a sua volta può capire in modo errato la domanda, oppure mentire più o meno consapevolmente nelle risposte. Anche il tipo di strumento utilizzato (questionario a risposta condizionata; intervista in profondità) e la sua corretta formulazione possono produrre distorsioni nell'osservazione della variabile, così il modo scelto per la somministrazione delle domande (intervista telefonica vs faccia a faccia).

Gli *errori di trattamento dei dati* riguardano la fase di codifica, trascrizione, memorizzazione informatica ed elaborazione dei dati. Possono essere nello stesso tempo accidentali e sistematici.

## 2.5. Gli indicatori e la valutazione della qualità in sanità

Da quanto fin qui detto appare evidente che gli indicatori sociali si prefiggono essenzialmente due finalità:

1. essere di supporto alla programmazione degli interventi in campo sociale (in tal caso l'indicatore assume una funzione normativa, per cui è necessaria l'individuazione di standard di riferimento);
2. consentire il controllo del sistema sociale tramite "segnali rapidi" di allar-

me, analogamente a ciò che si fa in statistica economica con gli indicatori congiunturali.

La realizzazione di queste finalità si esplica attraverso:

- a) la misurazione dei mutamenti sociali;
- b) la conoscenza delle relazioni esistenti nel sistema sociale;
- c) la messa in evidenza dei problemi sociali più importanti in modo che i *decision-makers* (politici, sociali, sanitari, ecc.) possano, eventualmente, scegliere i loro obiettivi strategici.

Per quanto riguarda l'aspetto prettamente sanitario, altrove (Corposanto 2004a) abbiamo già chiarito che l'uso degli indicatori (e sistemi di indicatori) può essere finalizzato al raggiungimento di quattro obiettivi principali:

- l'apporto dei connotati di sistematicità e "scientificità" in ogni processo decisionale in sanità;
- la possibilità di fissare con chiarezza gli obiettivi delle proprie scelte e dunque di verificare quanto tali obiettivi siano stati conseguiti;
- la possibilità di basare tali processi decisionali sull'analisi dei benefici conseguiti alle decisioni prese e dei costi che tali decisioni comportano;
- la definizione di un contesto di riferimenti precisi entro i quali indirizzare l'espressione dei bisogni di salute della popolazione e la partecipazione della stessa al processo attivato per la loro soddisfazione.

Gli indicatori maggiormente usati in campo sanitario possono essere raggruppati in alcune tipologie prevalenti:

- indicatori di base;
- indicatori di efficacia;
- indicatori di efficienza;
- indicatori di qualità.

Gli *indicatori di base* si riferiscono a caratteristiche strutturali o dinamiche delle popolazioni umane, descritte nei loro aspetti demografici e sociali. Questa rappresentazione demografica e sociale fornisce nel suo complesso le necessarie conoscenze circa il contesto in cui si sviluppano gli eventi di salute/malattia e le risposte organizzative a questi, su cui si approfondirà poi l'indagine per mezzo degli indicatori di efficacia ed efficienza.

In linea di massima, gli indicatori di *efficacia* permettono di misurare la salute di una comunità. Nel gruppo degli indicatori di efficacia sono inseriti alcuni tra gli indicatori epidemiologici più "classici", quelli cioè che fanno riferimento a un'accezione – riduttiva, ma immediata – di salute come assenza di malattia e di morte evitabile; gli indicatori negativi di salute sono appunto indicatori di morbosità e di mortalità.

Gli *indicatori di efficienza* si riferiscono all'analisi costi/benefici. Questa è una tra le più tipiche metodologie di origine economica e gestionale che sono applicate in sanità, sfruttando la possibilità di equiparare il sistema sanitario ad una

azienda. Se tale equiparazione è discutibile laddove si consideri il sistema sanitario come produttore di salute (il bene salute è troppo lontano dalle caratteristiche di bene economico per poter essere considerato alla stregua di un qualsiasi prodotto di mercato), essa è però accettabile se si considera il sistema sanitario come produttore di servizi. Un sistema sanitario può, cioè, essere valutato in termini di efficienza gestionale, se non di efficienza complessiva: se infatti è particolarmente complesso valutare il rapporto costi/benefici di salute (se non in termini di analisi costi/risultato) è però possibile analizzare precisamente il rapporto tra costi e benefici ottenuti in termini di produzione e servizi. Gli strumenti per tali valutazioni sono gli indicatori di dotazione di risorse e gli indicatori di utilizzazione e produttività dei servizi sanitari.

Gli *indicatori di dotazioni di risorse* fanno riferimento: alle risorse finanziarie (spesa pro-capite, spesa corrente/spesa in conto capitale, spesa corrente per capitolo di bilancio); alle risorse strutturali (risorse logistiche intermini di sedi fisiche di localizzazione dei principali servizi come ad esempio ospedali, ambulatori, farmacie, ecc.); alle risorse umane (disponibilità di personale e tempo lavorativo).

Gli *indicatori di utilizzazione e produttività* considerano (come il nome stesso intende):

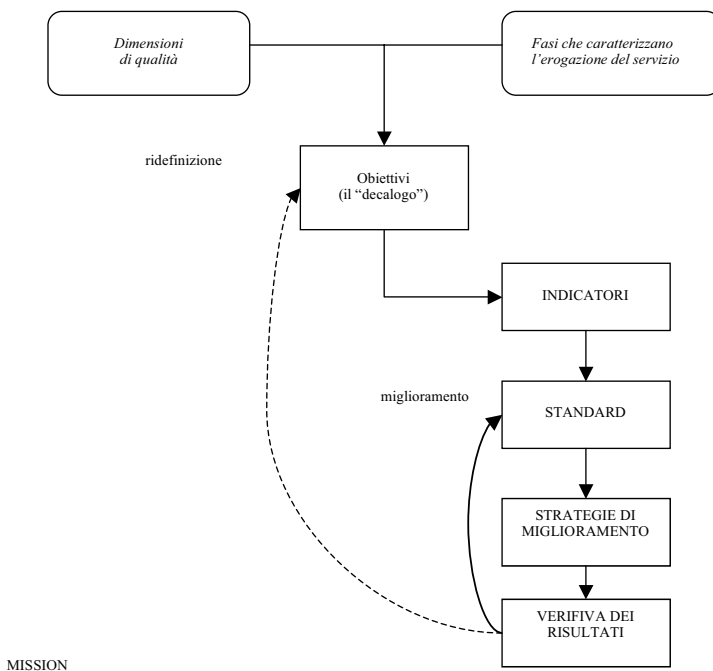
- l'*utilizzazione*: ossia l'indicazione fornita da una serie di misure che correlino le diverse tipologie di risorse di personale (addetti) e di risorse strutturali (logistiche e strumentali), per confrontare diverse situazioni di interrelazione tra gli elementi. Esse consentono dunque di quantificare sia l'uso dei servizi da parte della popolazione, in rapporto a una serie di variabili quali unità territoriali di residenza istituzionali, ecc., sia i livelli di attività di operatori e strutture dei servizi stessi. Gli indicatori di utilizzazione sono suddivisi schematicamente in "indicatori di utilizzazione di risorse logistiche" (indicatori ospedalieri, ambulatoriali, di assistenza sanitaria di base, di accessibilità) e "indicatori di utilizzazione di risorse umane" (misurano l'attività degli operatori in termini quantitativi; una misura dell'attività degli operatori in termini di costo può essere poi fornita dagli indicatori di produttività e una misura dell'attività in termini qualitativi dagli indicatori di qualità).
- la *produttività*: commisurano all'elemento "risorsa impiegata" (finanziaria) l'elemento "prodotto" intermedio ottenuto, in termini di prestazioni fornite o almeno di ore di produzione (in considerazione della difficoltà di delineare in positivo il prodotto finale dell'organizzazione sanitaria, cioè la salute).

Gli *indicatori di qualità* misurano l'insieme degli aspetti di un intervento o sistema sanitario in termini di valutazione della qualità (efficacia, efficienza, accettabilità, soddisfazione delle persone assistite, coerenza – cioè conformità degli interventi alle reali esigenze di salute della popolazione – livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili). La valutazione della qualità tecnica, organizzativa e percepita dei servizi rappresenta il completamento indispensabile della programmazione sanitaria poiché:

- soddisfa il cittadino-utente;
- aumenta la professionalità e quindi la gratificazione dell'operatore;
- riduce i costi (ad esempio attraverso l'eliminazione di trattamenti ed esami diagnostici ridondanti o la prevenzione di patologie dovute alla non appropriatezza dell'assistenza).

Nel contributo di Corposanto tratto dal “Manuale di Sociologia della Salute vol. II” a cura di Cipolla, è possibile trarre uno schema ove è rappresentato il circolo virtuoso che partendo dalla stessa *mission* passa per obiettivi, indicatori e standard per raggiungere, dopo la necessaria verifica, ad un percorso di miglioramento.

**Figura 4. Passare dalle “parole” ai “fatti”**



Gli *indicatori di risultato sanitario diretto* sono i classici indicatori di mortalità (per esempio: i casi di mortalità in seguito a intervento chirurgico di appendicectomia; i casi di mortalità da shock anafilattico per metodiche invasive; il tasso di mortalità perinatale), morbosità (per esempio: il tasso di incidenza di epatite infettiva; il tasso di incidenza di casi umani di brucellosi o teniasi alimentare), dis-

<sup>8</sup> Lo schema riportato da Corposanto è tratto dal testo di Crepaldi, Castegnaro, De Ambrogio (1999), *La costruzione degli standard di qualità dei servizi sociali*, "Prospettive sociali e sanitarie", n. 21-22.

abilità (per esempio: la vita media libera da disabilità; le invalidità permanenti che portano alla mancanza di auto-sufficienza in seguita a ictus cerebrale o fratture della gambe/totale dei soggetti colpiti da queste affezioni) e altri ancora dello stesso genere (Corposanto 2004a).

Gli *indicatori di risultato sanitario indiretto* sono i risultati intermedi di una catena di effetti il cui fine ultimo è il miglioramento dello stato di salute, come sopra esplicitato. Esempi sono: l'aumento di donne che allattano al seno, ritenendosi ormai concordemente che questa situazione favorisca un miglior sviluppo del bambino e una più valida tutela della sua salute nei primi mesi di vita; il tasso di copertura vaccinale realizzato nella popolazione; la diminuzione del numero dei minori o anziani istituzionalizzati; ecc..

Gli *indicatori di risultato organizzativo* intendono il raggiungimento di situazioni funzionali all'interno dei servizi, che configurino una migliore qualità del modo di operare e una maggiore equità nella distribuzione e nell'accessibilità alle risorse. Ne sono alcuni esempi: la possibilità di "rooming-in" (cioè la permanenza del bambino con la madre nei primi giorni di vita) presso i reparti di ostetricia-neonatalogia; soggetti portatori di handicap inseriti nelle scuole materne pubbliche/totale dei casi noti di soggetti portatori di handicap di età compresa tra i 3 e i 5 anni; costruzione di una mappa del rischio rispetto ai rischi identificati come prioritari negli insediamenti produttivi; ecc..

Gli *indicatori di soddisfazione dell'utenza* tengono conto di due elementi: l'utente e gli operatori di un servizio. In questo rapporto gli indicatori servirebbero ad individuare e quantificare non solo le modificazioni dell'atteggiamento del cittadino-utente, ma anche a dare rilievo al rapporto stesso tra organizzazione-operatore-utente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Altieri L, Miglioizzi D. Una ricerca di qualità. La spendibilità della ricerca-valutazione nei programmi sociali". In Cipolla Op.cit.
2. Altieri L. A quali condizioni la valutazione della qualità percepita dai cittadini influisce positivamente sulla qualità dei professionisti e delle organizzazioni? In Q.A., vol.12, n.1, 2001, pp.3-12.
3. Burrato F. Indicatori e ricerca empirica. In Grazia-Resi. Op. cit.
4. Cinotti R, Cipolla C. (A cura di). La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Milano: FrancoAngeli, 2003.
5. Cipolla C. Epistemologia della tolleranza", Milano: FrancoAngeli, 1977.
6. Cipolla C, Giarelli G, Altieri L. (A cura di). Valutare la qualità in sanità. Milano: FrancoAngeli, 2002.
7. Cipolla C. (A cura di). Manuale di Sociologia della Salute II. Ricerca. Milano: FrancoAngeli, 2004.
8. Corposanto C. Il ciclo statistico della ricerca sociale. Milano: FrancoAngeli, 2002.
9. Corposanto C, Fazzi L, Scaglia A. Costruire piani di salute – una sperimentazione di programmazione sanitaria della ASL 1 di Venosa. Milano: FrancoAngeli, 2003.
10. Corposanto C. Indicatori di qualità dei sistemi sanitari. In Cipolla Op. cit.

11. Corposanto C. Metodologie e tecniche non intrusive della ricerca sociale. Milano: FrancoAngeli, 2004.
12. Corrao S. Il focus group. Milano: FrancoAngeli, 2000.
13. Dani L. La buona qualità. Milano: FrancoAngeli, 2003.
14. De Ambrogio U. (A cura di). Valutare gli interventi e le politiche sociali. Roma: Carocci, 2003.
15. Degli Espositi L, Valpiani G, Baio G. Valutare l'efficacia degli interventi in sanità. Roma: Il Pensiero Scientifico editore, 2003.
16. Del vecchio F. Scale di misura e indicatori sociali. Bari: Cacucci ed., 1995.
17. Deming WE.. L'impresa di qualità. Torino: Isedi ed., 1989.
18. Donabedian A. La qualità dell'assistenza sanitaria. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1989.
19. Finizio M. Servizio sociale e welfare per lo sviluppo in Basilicata. Potenza: Anci Basilicata, 2002.
20. Fiocco PM.. La ricerca progetto. In Cipolla Op. Cit.
21. Grazia-Resi B. Problemi di statistica sociale. Roma: La Goliardica Editrice Universitaria, 1986.
22. Giarelli G. Sistemi sanitari. Milano: FrancoAngeli ed., 1998.
23. Giarelli G. Il malessere della medicina – Un confronto internazionale. Milano: FrancoAngeli ed., 2003.
24. Maturo M. Governance ed opzioni deliberative. In Cipolla Op. Cit.
25. Vertecchi L. Manuale della valutazione – analisi degli apprendimenti e dei contesti. Milano: FrancoAngeli ed., 2003.