

VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DA TRATTAMENTO NEL PAZIENTE IN EMODIALISI: METODOLOGIA DI RICERCA, STRUMENTI, LIMITI E STUDIO PILOTA TRASVERSALE

F. Pansini¹, L. Gargano², M. Sambati³, N. Dambrosio⁴, C. D'Altri⁵, G. Giannoccaro⁶, E. Boccia⁷, A. Cecilia⁸, R. Di Toro Mammarella⁹, A. Flammini¹⁰, S. La Rosa¹¹, M. Fici¹², V. Sabella¹³, M. Falco¹⁴, G. Montalto¹⁵, F. Rindone¹⁶, A.M. Murgio¹⁷, V. Greco¹⁸, M. Giannetto⁵, F. D'Agostino⁵, F. Pellegrini¹⁹, C. Invernizzi², G.F.M. Strippoli^{2,19}, C. Manno¹

¹ Dipartimento dell'Emergenza e Trapianti d'Organo (DETO), Università degli Studi, Bari

² Gambro Healthcare Italia, Medolla (MO)

³ Gambro Healthcare Italia, Ambulatori di Emodialisi di Taranto e Grottaglie (TA)

⁴ Gambro Healthcare Italia, Ambulatori di emodialisi di Bari ed Acquaviva delle Fonti (BA)

⁵ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi di Corato (BA)

⁶ Gambro Healthcare Italia, Ambulatori di Emodialisi di Mesagne e Torre Santa Susanna (BR)

⁷ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi, Latina

⁸ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi di Fondi (LT)

⁹ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi, Roma

¹⁰ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi di Ladispoli (RM)

¹¹ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi di Castelvetro (TP)

¹² Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi di Marsala (TP)

¹³ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi di Sciacca (AG)

¹⁴ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi di Ribera (AG)

¹⁵ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi di Palagonia (CT)

¹⁶ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi di Riesi (CL)

¹⁷ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi di Nissoria (EN)

¹⁸ Gambro Healthcare Italia, Ambulatorio di Emodialisi di Copertino (LE)

¹⁹ Consorzio Mario Negri Sud, Dipartimento di Farmacologia ed Epidemiologia, S. Maria Imbaro (CH)

Patient satisfaction in hemodialysis: a pilot cross-sectional analysis and a review

Background. Assessment of patient satisfaction is not performed routinely in many healthcare institutions. In this review, we discuss methodological aspects of assessment of patient satisfaction in hemodialysis. We also present a pilot study conducted in the Gambro Healthcare Italy dialysis clinics network.

Methods. Patient satisfaction was assessed in a network of hemodialysis units by using an internally validated Italian translation of the Choices for Healthy Outcomes in Caring for ESRD (CHOICE) questionnaire. A cross-sectional analytic study design was used and data analysed with univariate and multivariate hierarchical logistic regression to explore correlates of the risk of being unsatisfied with dialysis treatment. Covariates which were considered include a series of over 20 clinical, demographic, organizational and structural aspects. In addition, unexplained inter-centre residual variability due to 'case-mix' was explored and plotted.

Results. Seventeen dialysis units participated in this cross-sectional analysis and 758/1001 (75.7%) provided answers to the questionnaires. There was a statistically significant association on multivariate hierarchical analysis between the risk of being unsatisfied with dialysis treatment and interdialysis body weight gain (unit of increase: 1 kg, $p=0.004$). On the contrary, the

KEY WORDS:

CHOICE,
Hemodialysis,
Cross sectional
analysis,
Patient,
Satisfaction

PAROLE CHIAVE:

CHOICE,
Emodialisi,
Paziente,
Soddisfazione,
Studio trasversale
analitico

risk of dissatisfaction with dialysis treatment was significantly lower in patients with higher dry weight (unit of increase: 1 kg, $p=0.002$). Our multivariate hierarchical analysis identified some residual variability between dialysis units ($n=6$ outliers) which may not be explained by any of over 20 potential confounding covariates which were explored.

Conclusions. Assessment of 'customer satisfaction' is standard practice in private for profit product companies in general but needs to be increasingly recognized as a standard in both public and private providers of healthcare services. Social research methods, which are used for this type of analysis, need to be fine tuned and actively implemented in order to better understand how we may influence the quality of service we provide to our patients and the level at which they rate it. (*G Ital Nefrol* 2007; 24: 584-94)

✉ **Indirizzo degli Autori:**

Letizia Gargano
Research Nurse
Ufficio della Direzione
Medico Scientifica Nazionale
Gambro Healthcare Italia, S.p.A
Via Solarino, 1
70124 Bari
e-mail: Letizia.Gargano@gambro.com
e-mail: strippoli@negrisud.it

INTRODUZIONE

La valutazione della qualità percepita da parte del paziente in trattamento emodialitico non è procedura di routine nella maggior parte delle istituzioni. Rispetto ad una valutazione attenta degli indicatori di "performance" clinica (ad es. adeguatezza dialitica, stato anemico e gestione dell'anemia, iperparatiroidismo secondario, ecc.), poca enfasi è riposta sulla valutazione oggettiva della percezione del paziente, in maniera indipendente o meno dai livelli di cura prestati (1, 2). A fronte di una eccellente gestione clinica, difficilmente ci si chiede se il paziente sia soddisfatto o meno del trattamento ricevuto. Al momento non esistono in Italia dati di analisi comparativa del grado di soddisfazione tra singoli ambulatori di emodialisi o indagini finalizzate alla valutazione di quali fattori predicano un grado maggiore (soddisfazione) o minore (insoddisfazione) di soddisfazione del paziente. È plausibile che la scarsa frequenza con cui questi parametri vengono rilevati in maniera analitica risieda nell'assenza di strumenti adeguatamente validati per la loro misurazione.

In questa rassegna vengono presentati gli aspetti metodologici fondamentali per la realizzazione di indagini di tipo osservazionale finalizzate alla valutazione del grado di soddisfazione del paziente in emodialisi, ed una esperienza pilota condotta all'interno degli ambulatori di emodialisi della Gambro Healthcare Italia S.p.A.

STRUMENTI E METODI PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA: MODELLI DI RICERCA SOCIOLOGICA

Per valutare una condizione percepita dal paziente nell'ambito di un trattamento sanitario è necessario

utilizzare strumenti adeguatamente validati (3). La validazione è il processo attraverso il quale si determina che uno strumento finalizzato alla rilevazione di un problema (es. grado di soddisfazione-insoddisfazione di un paziente rispetto ad una specifica condizione/trattamento) risponda realmente a parametri che la popolazione di interesse (il soggetto emodializzato) ritiene indicativi della condizione stessa (il trattamento di emodialisi). Ad esempio, nell'ipotesi in cui lo specialista nefrologo di un centro di emodialisi preparasse un questionario per valutare il grado di soddisfazione del suo paziente rispetto alla cura, potrebbe ritenere fondamentale chiedergli se è soddisfatto della professionalità e del tempo che gli dedica; un docente universitario potrebbe ritenere fondamentale chiedere al paziente se ritiene sufficientemente soddisfacente l'entità della proposta offerta in termini di protocolli di ricerca sperimentale in cui essere arruolato, cioè se ritiene che l'istituzione gli presti sufficienti garanzie in termini di eccellenza ed avanguardia clinico-diagnostico-terapeutica; un infermiere potrebbe chiedere invece se si sente sufficientemente curato in termini di attenzioni riservategli o se ritiene che il numero di infermieri presenti in sala dialisi lo faccia sentire sicuro; il direttore generale di una azienda sanitaria potrebbe essere più interessato ad aspetti strutturali ed organizzativi, chiedendo al paziente se ritiene che gli ambienti siano confortevoli, le tempistiche adeguate, la logistica dei trasporti efficiente, etc.. Il problema sostanziale è che per il paziente, cioè il diretto interessato, solo alcuni o magari nessuno di questi parametri potrebbero essere realmente rispondenti a ciò che egli ritiene essere un predittore importante del suo grado di soddisfazione rispetto al trattamento di emodialisi, indipendentemente dalla qualità della 'performance' clinica erogata.

TABELLA I - FATTORI DI INTERESSE DEL TRATTAMENTO DIALITICO PER IL PAZIENTE AI FINI DELLA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA (CUSTOMER SATISFACTION) EVIDENZIATI NELLE ATTIVITÀ DI FOCUS GROUP PER LA DEFINIZIONE DELLA TASSONOMIA DEL QUESTIONARIO CHOICES FOR HEALTHY OUTCOMES IN CARING FOR ESRD (CHOICE)

Aspetti relativi alle prestazioni fornite dallo specialista nefrologo
Aspetti relativi alle prestazioni fornite da altri medici (non nefrologi)
Aspetti relativi alla cura fornita dagli infermieri del centro dialisi
Aspetti relativi alla cura fornita da assistenti sociali e psicologi
Aspetti relativi alla cura fornita dai dietisti
Ministri della fede (sacerdoti, altri)
Aspetti relativi alle cure fornite da tecnici, assistenti dei medici e praticanti infermieri
Aspetti relativi alle cure fornite dal personale del centro dialisi in genere
Materiali
Scelta del trattamento e sua qualità
Formazione del paziente
Autonomia della cura
Macchine per la dialisi
Ambientazione e linee guida per la gestione clinica
Riduzione dei costi
Fatturazione
Costi della cura
Parametri clinici

Per questo motivo, qualsiasi strumento di misurazione di un parametro soggettivo, quale la 'soddisfazione' di un utente di servizi sanitari, deve essere in grado di misurare ciò che l'utente ritiene essere importante (4). Il ricercatore potrà eventualmente mettere in correlazione i dati ricavati dalla somministrazione di un questionario di soddisfazione del paziente con altri parametri (ad es. misure di 'performance' clinica) di cui è nota l'associazione con eventi clinici (ad es. mortalità, morbilità).

La preparazione di un questionario atto alla rilevazione del grado di soddisfazione del paziente presuppone una fase di validazione (il questionario per essere valido deve ricalcare il sentimento dei pazienti in materia di ciò che per loro veramente conta); questa prima fase richiede necessariamente il coinvolgimento attivo di gruppi di soggetti interessati alla specifica

questione di interesse (ad es. gruppi di soggetti emodializzati). Per preparare questo tipo di questionari, si ricorre alla metodologia dei 'focus groups'; si mettono insieme gruppi di soggetti affetti dalla condizione di interesse alla presenza di un facilitatore, il quale coordina una riunione tra gli interessati senza intervenire attivamente (5). Il suo ruolo è esclusivamente quello di facilitare la conversazione su una materia di interesse ed assicurarsi che ogni argomento venga dettagliatamente discusso fino ad esaurimento di nuove idee. Nell'ambito delle riunioni di singoli 'focus groups' di 6-8 persone affette dalla patologia di interesse, ciascuno può proporre argomenti di discussione. Ad esempio, potrà essere sollevato il problema della professionalità dei medici che prestano assistenza, della distanza dell'abitazione dal centro di dialisi, della presenza/assenza di specifiche figure professionali (dietista, fisioterapista, altri), della disponibilità di 'comfort' di natura alberghiera (qualità dei letti/poltrone, disponibilità di pasti, bevande o altro durante il trattamento). Il facilitatore potrà eventualmente proporre macroaree di argomenti da discutere. Il parere di tutti i presenti nell'ambito del 'focus group' verrà ascoltato e discusso, e all'esaurimento delle argomentazioni, il facilitatore chiederà di passare all'argomento successivo.

I risultati delle registrazioni di queste discussioni di lavoro verranno successivamente analizzati, confrontati ed integrati in uno strumento analitico, il questionario, atto alla rilevazione di ciò che per l'utente veramente conta in materia dell'oggetto di discussione.

STRUMENTI E METODI PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA IN EMODIALISI: IL QUESTIONARIO CHOICE

Nel Dicembre 1997 è stata pubblicata la tassonomia del questionario *Choices for Healthy Outcomes in Caring for ESRD (CHOICE)* (5). Si tratta di un questionario validato in una popolazione prevalente di emodializzati degli Stati Uniti d'America, finalizzato alla rilevazione del grado di soddisfazione in materia di trattamento emodialitico. Questo strumento è stato sviluppato attraverso uno specifico processo, seguendo i modelli classici della ricerca sociologica, che comprendono la realizzazione di 'focus groups', l'analisi dei risultati degli stessi e lo sviluppo dello strumento validato da testare nella specifica popolazione di interesse.

I fattori descrittivi emersi nell'ambito dei focus groups appositamente realizzati negli Stati Uniti per la formulazione del questionario CHOICE sono riportati nella Tabella I e la traduzione in lingua italiana del questionario validato è riportata in Tabella II.

Per la validazione in lingua italiana, due traduttori

bilingue hanno tradotto il questionario, comparato le loro rispettive versioni e risolto eventuali discrepanze. Uno psicologo ha verificato che il questionario fosse sufficientemente chiaro e facilmente compilabile per ogni categoria culturale dei pazienti. Infine due traduttori di madre lingua inglese hanno tradotto nuovamente il questionario in lingua inglese, comparando e riconciliando le loro versioni con l'originale.

ESPERIENZA PILOTA NEGLI AMBULATORI DI EMODIALISI DELLA GAMBRO HEALTHCARE ITALIA: ASPETTI METODOLOGICI

Nell'ambito dei processi del miglioramento continuo di qualità è buona norma che tutte le aziende private che si occupano di servizi o prodotti eseguano una valutazione attenta della soddisfazione del cliente/utente ('*customer satisfaction*'), finalizzata a rilevare gli aspetti negativi da rivedere e potenzialmente migliorare. Nel caso delle aziende sanitarie, è oltremodo opportuno che la rilevazione avvenga con il ricorso a strumenti validati; pertanto, nell'anno 2006 presso gli ambulatori di emodialisi della Gambro Healthcare Italia S.p.A., distribuiti sul territorio italiano nelle regioni Puglia, Lazio e Sicilia, è stata somministrata una versione in lingua italiana del questionario CHOICE. Con il ricorso ad un modello di studio trasversale analitico sono stati valutati i livelli globali di soddisfazione del paziente ed in particolare la loro associazione con una serie di covariate demografiche, cliniche, organizzative e gestionali. In unica soluzione, nell'arco di due giornate (al fine di coprire entrambi i turni di trattamento) della terza settimana del mese di Dicembre 2006, è stato somministrato a tutti i pazienti prevalenti degli ambulatori di emodialisi oggetto di studio, senza adottare alcuno specifico criterio di esclusione, la versione tradotta ed internamente validata in lingua italiana del questionario CHOICE, garantendo l'anonimato della compilazione con il ricorso alla raccolta in buste opache e sigillate. Unitamente al questionario veniva consegnata al paziente la busta, contenente un modulo completo dei dati clinici, demografici, organizzativi e gestionali del paziente stesso, compilato ad opera del medico: data di somministrazione del questionario, numero totale di pazienti in cura presso l'ambulatorio di emodialisi, data di nascita del paziente, sesso, data della prima dialisi, patologia di base (glomerulonefrite, nefroangiosclerosi, nefropatia diabetica, nefropatia cistica, altra), diabete (sì/no), ipertensione (sì/no), pregresso evento cardio-cerebrovascolare maggiore (sì/no), fumo di sigaretta (sì/no/non fumatore da almeno 1 anno), stato coniugale (coniugato/non coniugato/vedovo), stato di abitazione (vive solo/vive in compagnia), stato di occupazio-

ne (disoccupato/pensionato/lavora), formazione scolastica (analfabeta-elementare/media inferiore/media superiore/università), distanza dell'abitazione del paziente dal centro dialisi (<20 km/>20 km). Inoltre il modulo riportava il valore, rilevato nella data di somministrazione del questionario, delle seguenti covariate di interesse clinico: Kt/V, livelli sierici di emoglobina (g/dL), paratormone intatto (PTHi) (pg/mL), calcio (mg/dL), fosforo (mg/dL), colesterolo totale (mg/dL) e ferritina (µg/L), flusso ematico durante la seduta emodialitica (Qb) (mL/min), peso secco (kg), incremento ponderale rispetto alla precedente seduta di dialisi (kg), utilizzo di eritropoietina e ferro, vitamina D o suoi analoghi, calciomimetici (sì/no).

I dati raccolti venivano inviati presso gli uffici della direzione medico-scientifica nazionale, inseriti in un apposito '*database*', ripuliti di eventuali errori nel "*data-entry*" ed analizzati con metodi statistici di indagine univariata (test t di Student per dati non appaiati, test di Mann Whitney U e test del Chi quadro) ed analisi multivariata gerarchica mediante la regressione logistica. Ad ogni domanda veniva assegnato un punteggio crescente e coerente con il grado di soddisfazione da 1 a 5; lo score totale veniva ottenuto dalla sommatoria dei punteggi delle singole domande. Il punteggio assegnato per le ultime 2 domande è stato da 1 a 4 e da 1 a 5 rispettivamente, in linea con le precedenti. In base alla distribuzione dei dati, il primo terzile della distribuzione dei punteggi cumulativi del questionario veniva utilizzato come indicativo del rischio di insoddisfazione rispetto al secondo e terzo terzile (soddisfazione); il rischio veniva espresso come *odds ratio* (OR) ed intervalli di confidenza (IC) al 95%. L'analisi statistica era finalizzata a valutare l'associazione univariata ed aggiustata per fattori di confondimento tra l'esposizione alle covariate clinico-demografiche-organizzativo-gestionali oggetto di studio ed il rischio di avere un punteggio cumulativo elevato (soddisfazione) o ridotto (insoddisfazione). In particolare, in questo studio veniva riposta particolare enfasi all'analisi di fattori predittivi di insoddisfazione così come soggettivamente rilevata dal paziente. I dati sono stati espressi come media \pm deviazione standard (DS), mediana e *range* interquartile, valori assoluti e percentuali.

RISULTATI

CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE STUDIATA

Le principali caratteristiche della popolazione studiata sono presentate nella Tabelle III e IV. Di 1001 pazienti prevalenti presso i 17 ambulatori di emo-

TABELLA II - IL QUESTIONARIO CHOICES FOR HEALTHY OUTCOMES IN CARING FOR ESRD (CHOICE)

Indichi con una croce la risposta che ritiene più corretta	Scarso	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo	Non so / non rilevante
1. Quanto semplice è per lei avere un dialogo con il suo nefrologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il nefrologo si preoccupa e si prende cura di lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La frequenza delle visite che il suo nefrologo le fa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La frequenza con cui il suo nefrologo parla con lei e gli altri pazienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. L'accuratezza del suo nefrologo nel fornirle informazioni circa il suo stato di salute e di miglioramento e la possibilità di ottenere un trapianto di rene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'accuratezza delle informazioni che riceve dal suo medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Il nefrologo si accerta sempre che lei faccia un numero di ore di dialisi adeguate alla sua condizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Il suo nefrologo e gli altri medici che vede nella struttura sono ben coordinati tra loro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. È semplice per lei raggiungere il personale del centro dialisi per telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I medici e gli infermieri curano con attenzione il suo accesso vascolare in modo sterile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Il personale infermieristico del centro dialisi è sensibile alle sue problematiche e si adopera per lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Il personale in genere del suo centro dialisi è sensibile alle sue problematiche e si adopera per lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Il personale del suo centro dialisi risponde prontamente alle sue richieste quando si sente male o ha dei dolori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Il numero di personale disponibile ad aiutarla in situazioni di emergenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quante informazioni le vengono fornite in merito alla dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Le vengono fornite informazioni per confrontare il suo trattamento con altri metodi di dialisi (dialisi peritoneale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quante informazioni le vengono fornite in merito alla quantità di liquidi (peso) che accumula tra le sedute dialitiche e che le viene tolta durante la dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. La quantità di liquido (peso) che le viene rimosso durante la seduta di dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. È semplice avere accesso all'assistente sociale quando ne ha bisogno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Quando c'è un problema medico il personale della struttura lo gestisce bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. La qualità dell'assistenza che ha ricevuto, in generale, nella sua condizione di dializzato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. In riferimento al trattamento di dialisi in genere, quante cose potrebbero essere migliorate?	Molte cose <input type="checkbox"/>	Poche cose <input type="checkbox"/>		Una o due cose <input type="checkbox"/>	Nulla <input type="checkbox"/>	
23. Raccomanderebbe questo centro dialisi ad un amico o ad un parente che si trovasse nella condizione di aver bisogno di fare la dialisi?	Certamente no <input type="checkbox"/>	Probabilmente no <input type="checkbox"/>	Non so <input type="checkbox"/>	Probabilmente si <input type="checkbox"/>	Certamente si <input type="checkbox"/>	

Grazie per aver completato questo questionario. La preghiamo di inserirlo nella busta, di sigillare la busta, e di consegnarlo al personale della sala dialisi.

dialisi, 758/1001 (75.7%) fornivano risposte ai questionari.

Non esistevano differenze statisticamente significative per alcuna delle covariate oggetto di studio tra i singoli ambulatori di emodialisi studiati, ad eccezione

della percentuale di pazienti in cui si faceva ricorso alla terapia marziale ($p=0.03$), del numero totale di pazienti presenti nel centro ($p=0.004$), del valore medio del peso secco ($p=0.025$) e dell'incremento ponderale interdialitico ($p=0.034$) (Tab. V).

TABELLA III - CARATTERISTICHE CLINICHE DELLA POPOLAZIONE STUDIATA (N=758 PAZIENTI IN TRATTAMENTO EMODIALITICO PERIODICO PRESSO GLI AMBULATORI DI EMODIALISI DELLA GAMBRO HEALTHCARE ITALIA S.P.A)

Caratteristica	Misura
Età (anni)	66.9 ± 13.6
Sesso [maschile, n. (%)]	389 (57.5)
Età dialitica (n. giorni)	1329 (505-2605)
Patologia di base [n. (%)]	
Glomerulonefrite	78 (11.9)
Nefroangiosclerosi	160 (24.4)
Nefropatia diabetica	108 (16.5)
Nefropatia cistica	105 (16.0)
Altre o non note	204 (31.1)
Diabete [(sì, n. (%)]	137 (20.2)
Iperensione [(sì, n. (%)]	337 (49.8)
Progresso evento cardio-cerebrovascolare maggiore [(sì, n. (%)]	132 (19.8)
Fumo di sigaretta [n. (%)]	
Sì	67 (10.0)
No	542 (80.9)
Non fuma da almeno 1 anno	61 (9.1)
Peso secco (kg)	65.9 ± 14.2
Kt/V	1.5 ± 0.2
Qb (mL/min)	339.3 ± 39.2
Emoglobinemica (g/dL)	11.8 ± 1.2
Ferritinemia (µg/L)	363 (207-564)
PTHi (pg/mL)	241 (134-425)
Calcemia (mg/dL)	9.0 ± 0.7
Fosforemia (mg/dL)	4.8 ± 1.24
Colesterolemia totale (mg/dL)	160.6 ± 39.3
Incremento ponderale interdialitico (kg)	2.6 ± 0.9
Utilizzo di eritropoietine [(sì, n. (%)]	554 (81.2)
Utilizzo di vitamina D [(sì, n. (%)]	273 (40.2)
Utilizzo di calciomimetici [(sì, n. (%)]	56 (8.2)
Utilizzo di ferro [(sì, n. (%)]	369 (54.2)

I dati sono espressi come media ± deviazione standard (DS), mediana (range interquartile), valori assoluti e percentuali

FATTORI PREDITTIVI DI INSODDISFAZIONE RISPETTO AL TRATTAMENTO DI DIALISI: INDAGINE UNIVARIATA

La Tabella V presenta i risultati dell'indagine univariata finalizzata a valutare le differenze esistenti per tutte le covariate esplorate tra soggetti presentanti un punteggio al questionario di "customer satisfaction"

TABELLA IV - ALTRE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE RELATIVE ALLA POPOLAZIONE STUDIATA (N=758 PAZIENTI IN TRATTAMENTO EMODIALITICO PERIODICO PRESSO GLI AMBULATORI DI EMODIALISI DELLA GAMBRO HEALTHCARE ITALIA S.P.A)

Caratteristica	Misura
Attività lavorativa [n. (%)]	
Disoccupato	77 (11.6)
Pensionato	506 (76.2)
Lavora	81 (12.2)
Stato di abitazione [n. (%)]	
Vive solo/a	85 (12.6)
Vive in compagnia	592 (87.4)
Formazione scolastica [n. (%)]	
Analfabeta-elementare	109 (16.9)
Media inferiore	418 (64.7)
Media superiore	92 (14.2)
Università	27 (4.2)
Stato coniugale [n. (%)]	
Sposato/a	461 (68.4)
Non sposato/a	93 (13.8)
Il coniuge è deceduto/a	120 (17.8)
Distanza dell'abitazione dal centro [n. (%)]	
<20 Km	542 (80.2)
>20 Km	134 (19.8)

I dati sono espressi come valori assoluti e percentuali

rientrante nel terzile inferiore (punteggio 30-90, insoddisfazione) rispetto ai due terzili superiori (punteggi 91-104 e 105-114, soddisfazione). L'indagine permetteva di evidenziare alcune covariate di potenziale interesse, da esplorare con il ricorso alla regressione logistica gerarchica multivariata (quesito: a parità di tutte le covariate distribuite in maniera statisticamente differente tra soggetti rientranti nel primo rispetto a quelli rientranti nel secondo e terzo terzile, quali predicono in maniera statisticamente significativa il rischio di rientrare nel primo terzile?).

FATTORI PREDITTIVI DI INSODDISFAZIONE RISPETTO AL TRATTAMENTO DI DIALISI: INDAGINE MULTIVARIATA GERARCHICA

L'indagine multivariata gerarchica, mirante a valutare il rischio di avere un punteggio cumulativo basso al questionario CHOICE (primo terzile, punteggio 30-90, insoddisfazione) rispetto alla somma del secondo e terzo terzile (punteggi 91-104 e 105-114, soddisfazione), dimostrava una associazione tra il rischio di essere insoddisfatto, l'incremento ponderale inter-

TABELLA V - CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE CLINICA IN STUDIO STRATIFICATE IN BASE AL PUNTEGGIO DEL QUESTIONARIO DI 'CUSTOMER SATISFACTION'; INDAGINE UNIVARIATA

Caratteristica	1° terzile (30-90)	2°-3° terzile (91-104 e 105-114)	P
Età (anni)	67.3±13.2	66.5±13.8	0.49
Sesso [maschile, n. (%)]	127 (54)	248 (58.9)	0.30
Età dialitica (n. giorni)	1268 (415-2567)	1329 (506-2605)	0.62
Patologia di base [n. (%)]			0.64
Glomerulonefrite	21 (9.5)	54 (13)	
Nefroangiosclerosi	51 (23.2)	103 (24.9)	
Nefropatia diabetica	40 (18.2)	64 (15.5)	
Nefropatia cistica	36 (16.4)	66 (15.9)	
Altre o non note	21 (9.5)	54 (13)	
Diabete [(sì, n. (%)]	46 (19.7)	88 (20.9)	0.70
Iipertensione [(sì, n. (%)]	127 (54.5)	203 (48.8)	0.12
Pregresso evento cardio-cerebrovascolare maggiore [(sì, n. (%)]	51 (22.6)	78 (18.7)	0.23
Fumo di sigaretta [n. (%)]			0.01
Sì	14 (6)	51 (12.3)	
No	200 (86)	322 (77.6)	
Non fuma da almeno 1 anno	18 (7.8)	42 (10.1)	
Peso secco (kg)	64.3±13.6	67.0±14.6	0.02
Kt/V	1.52±0.2	1.50±0.2	0.31
Qb (mL/min)	339±32	339±86	0.95
Emoglobinemica (g/dL)	11.7±1.2	11.8±1.2	0.78
Ferritinemia (µg/dL)	399 (240-571)	341 (186-548)	0.06
PTHi (pg/mL)	228 (133-479)	255 (139-418)	0.68
Calcemia (mg/dL)	8.9±0.7	9.0±0.7	0.19
Fosforemia (mg/dL)	4.8±1.2	4.7±1.2	0.15
Colesterolemia totale (mg/dL)	159.9±37.2	159.9±40.1	0.99
Incremento ponderale interdialitico (kg)	2.7±0.9	2.6±1.0	0.03
Utilizzo di eritropoietine [(sì, n. (%)]	187 (79.9)	350 (82.4)	0.44
Utilizzo di vitamina D [(sì, n. (%)]	94 (40.3)	173 ()	0.89
Utilizzo di calcimimetici [(sì, n. (%)]	22 (9.4)	32 (7.5)	0.40
Utilizzo di ferro [(sì, n. (%)]	141 (60.3)	218 (51.4)	0.02

I confronti sono stati eseguiti con il test t Student per dati non appaiati, il test di Mann Whitney U e il test del Chi quadro

dialitico ed il peso secco (Tab. VI). Per ogni aumento di 1 unità (1 kg) nell'incremento ponderale interdialitico il rischio aggiustato di essere insoddisfatti aumentava del 33 % (OR 1.33, IC 95% 1.10-1.62, p=0,004). Al contrario, per ogni incremento di 1 unità (1 kg) nel peso secco del paziente, il rischio aggiustato di essere insoddisfatti si riduceva del 3% (OR 0.97, IC 95% 0.96-0.99, p=0.002). L'associazione era evidente a parità di tutte le covariate significativamente differenti tra i singoli centri partecipanti all'indagine univariata.

VARIABILITÀ RESIDUA INTER-CENTRO

La Figura 1 rappresenta la percentuale (e suoi IC al 95%) di pazienti rientranti nel terzile più basso di punteggio al questionario CHOICE per ciascuno dei 17 ambulatori di emodialisi partecipanti. In tre ambulatori vi era una percentuale di pazienti insoddisfatti significativamente inferiore alla media (alto grado di soddisfazione), in undici il grado di insoddisfazione non differiva statisticamente dalla media ed in tre la percentuale di insoddisfazione era significativamente superiore alla media. Detta variabilità residua era indipendente dalle covariate significativamente associate

TABELLA VI - FATTORI DI RISCHIO INDIPENDENTI ALL'ANALISI MULTIVARIATA NELLA POPOLAZIONE DI EMODIALIZZATI STUDIATI CON IL QUESTIONARIO DI 'PATIENT SATISFACTION'

Fattore di rischio	Unità di incremento	1° tertile (30-90)	2°-3° tertile (91-104 e 105-114)	Odds ratio unadjusted (IC 95%)	P	Odds ratio adjusted (IC 95%)	P
Peso secco (kg)	1	64.3±13.6	67.0±14.6	0.98 (0.97-0.99)	0.025	0.97 (0.96-0.99)	0.002
Incremento ponderale interdialitico (kg)	1	2.7±0.9	2.6±1.0	1.19 1.01-1.40	0.034	1.33 (1.10-1.62)	0.004

L'analisi multivariata è stata effettuata mediante la regressione logistica gerarchica

al rischio di essere insoddisfatti (incremento ponderale interdialitico) o particolarmente soddisfatti (peso secco), e non è spiegata dall'indagine multivariata gerarchica se non come dipendente da un 'effetto centro'. Nessuna delle numerose covariate esplorate in questa indagine risulta significativamente associata a questo dato, che sarà quindi necessario esplorare in maniera più accurata.

DISCUSSIONE

MODELLI DI RICERCA SOCIOLOGICA E LORO IMPORTANZA NEL PAZIENTE NEFROPATICO

A differenza dei paesi anglosassoni, la valutazione della qualità delle cure è un processo che solo recentemente è stato introdotto in Italia. I sistemi adottati e le esperienze riportate sono state le più diverse, ma vi è una generale concordia che i sistemi che coinvolgono tutta l'organizzazione, le risorse umane e gli utenti del servizio sanitario, possono produrre i risultati più efficaci nell'ambito del miglioramento continuo della qualità (6). Nei paesi anglosassoni l'accreditamento (cioè 'rendere credibile') dei servizi sanitari è un processo di revisione delle organizzazioni sanitarie per verificare il livello raggiunto delle prestazioni offerte all'utente (cittadino-paziente), relativamente a criteri, indicatori e standard prestabiliti, allo scopo di attivare eventuali azioni correttive e migliorare la qualità delle cure (7). L'accreditamento professionale mira all'eccellenza e, pertanto, va distinto da quello istituzionale che ha soltanto compiti ispettivi per verificare i criteri o requisiti minimi all'esercizio professionale e al convenzionamento con il Sistema Sanitario Nazionale (7). Nell'accreditamento all'eccellenza i concetti chiave prevedono che la tipologia e gli scopi dei criteri assunti siano definiti con chiarezza, formulati seguendo un procedimento definito e inoltre siano adatti ad una misurazione della prestazione mediante specifici indi-

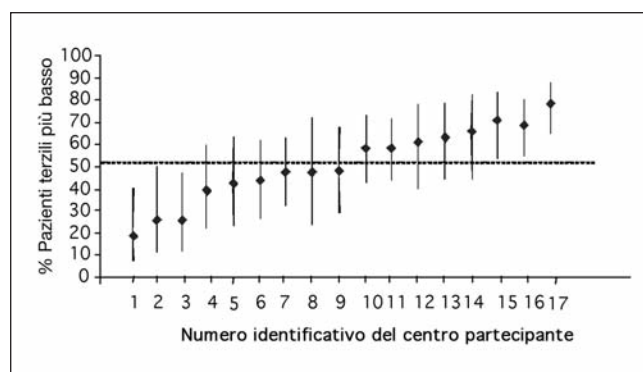


Fig. 1 - Variabilità residua inter-centro nel rischio di essere insoddisfatti del trattamento dialitico non spiegabile dall'indagine multivariata gerarchica in base ai fattori incremento ponderale interdialitico e peso secco.

catori, i quali devono essere poi confrontati con standard prestabiliti. Gli obiettivi devono essere centrati sul paziente e indirizzati a specifici aspetti del processo globale di cura quali l'accettazione/ammissione, la valutazione dei bisogni di cura, la pianificazione e l'erogazione della cura e, infine la dimissione. Il procedimento deve prevedere un definito coinvolgimento 'fra pari' nella fase di elaborazione, una procedura di consultazione per assicurare che i gruppi chiave abbiano modo di esprimere il loro parere, una integrazione con le principali leggi, regolamenti e basi tecnico-scientifiche, un test di validazione prima dell'implementazione e, infine, una revisione periodica (7). I criteri generali assunti nel sistema di accreditamento all'eccellenza riguardano sia la qualità tecnico-professionale, sia la qualità percepita del servizio. Infatti le dimensioni della qualità riguardano la qualità strutturale (adeguatezza degli spazi e dei servizi di accoglienza), la qualità tecnica o strumentale, la qualità professionale, la qualità relazionale ed organizzativo-gestionale (rapporti interni ed esterni) e, infine, la qualità percepita (aspetti funzionali e percettivi). Quest'ultima è centrata particolarmente sui bisogni del paziente e riguarda l'accesso alla struttura, il sistema

di accoglienza, i servizi per la comodità e la personalità del paziente e dei suoi familiari, il rispetto della personalità e professionalità del personale. La qualità percepita assume quindi una fondamentale importanza nel sistema qualità di una struttura sanitaria e devono essere adottati gli strumenti necessari per rilevarla. Accanto ai metodi generali per i pazienti degenti, quali l'analisi partecipata della qualità che coinvolge le istituzioni, associazioni di volontariato e sociologi, devono essere implementati strumenti specifici per alcune particolari categorie di pazienti, quali i pazienti in emodialisi periodica che si rivolgono alle strutture sanitarie come pazienti ambulatoriali. In questi casi è pertanto necessario utilizzare questionari specifici validati per la loro condizione, quale il questionario CHOICE, utilizzato in questa indagine pilota di tipo trasversale-analitico.

RILIEVI PRINCIPALI DI QUESTA ESPERIENZA PILOTA

Abbiamo dimostrato, con una indagine di tipo trasversale analitico, che la qualità percepita rilevata mediante somministrazione del questionario CHOICE, validato in lingua italiana, del trattamento emodialitico da parte di 758 pazienti presso una rete di 17 ambulatori di emodialisi a gestione privata convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale, presenti in Italia, è significativamente associata all'incremento ponderale interdialitico ed al peso secco.

Nella nostra analisi, per ogni aumento di 1 unità (1 kg) nell'incremento ponderale interdialitico il rischio di essere insoddisfatti aumentava del 33%; al contrario, per ogni incremento di 1 unità (1 kg) nel peso secco del paziente, il rischio di essere insoddisfatti si riduceva del 3%. Questi rapporti di associazione potrebbero essere spuri e certamente lo studio non è in grado di dimostrare un nesso causale tra l'esposizione a questi ed altri fattori ed il rischio di insoddisfazione da parte del paziente, benchè sia difficile pensare a modelli di studio gerarchicamente superiori (es. studio di intervento, randomizzato) per la valutazione di questo nesso. Questa osservazione deve tuttavia tener conto degli aspetti relazionali e psicologici del paziente in dialisi. La capacità di controllare l'incremento del peso interdialitico esprime infatti il grado di aderenza al trattamento, l'accettazione e la motivazione alla terapia dialitica e quindi il grado di benessere ed, infine la fondamentale presenza del supporto sociale e familiare.

CONFRONTO CON ALTRI DATI

Per quanto di nostra conoscenza, si tratta della prima indagine di questo tipo condotta in Italia. Studi simili

sono stati condotti negli Stati Uniti, in particolare per confrontare il grado di soddisfazione del paziente in trattamento emodialitico rispetto a quelli in trattamento peritoneo-dialitico (8, 9). Rubin et al, hanno dimostrato in una coorte di 736 soggetti in trattamento emodialitico o peritoneo-dialitico un livello significativamente maggiore di soddisfazione del trattamento dialitico nei soggetti esposti alla dialisi peritoneale rispetto alla emodialisi (8). La loro indagine è stata condotta con il ricorso al questionario validato CHOICE ed ha concluso che i medici dovrebbero fornire ai soggetti con insufficienza renale terminale un numero maggiore di informazioni in materia di opzioni terapeutiche, non trascurando l'adeguata descrizione dell'opzione peritoneo-dialitica. Kirchgessner et al, con il ricorso ad uno specifico strumento di valutazione della qualità percepita nei pazienti in dialisi peritoneale [(Customer Satisfaction Questionnaire (CSQ)], hanno valutato alcune dimensioni della soddisfazione (accessibilità, cortesia, rapidità, confidenza, competenza e comunicazione) in 133 pazienti in trattamento peritoneo-dialitico; lo studio ha mostrato che i punteggi del CSQ erano significativamente associati a covariate inerenti i supporti sociali e ai risultati di strumenti di valutazione della qualità di vita (9). Un confronto tra questi pochi studi esistenti ed il nostro è difficile in virtù della diversità delle popolazioni studiate, della metodologia e dei fini esclusivamente esplorativi della nostra indagine, eseguita come studio pilota nell'ambito delle rilevazioni standard di "customer satisfaction" in uso presso le Aziende private, non solo in Sanità. È nostra intenzione, a seguito di questo studio pilota, sviluppare meglio gli strumenti analitici da utilizzare in maniera prospettica nei successivi anni.

PUNTI DI FORZA E LIMITI

Questa analisi degli indicatori del grado di soddisfazione del paziente in ambulatori per il trattamento di emodialisi periodica rappresenta, in base alle nostre conoscenze, il primo studio pilota eseguito in Italia ed uno dei pochissimi eseguiti nel mondo. Si tratta di un modello di studio di tipo trasversale-analitico, rientrando nell'ambito degli studi osservazionali e pertanto inadatto a stabilire un nesso causale tra l'esposizione ad una lista di potenziali covariate ed il rischio di presentare un evento (insoddisfazione); è tuttavia eticamente e tecnicamente non proponibile realizzare studi specifici di intervento almeno per alcune delle covariate studiate, non essendo possibile randomizzare i pazienti a fattori (es. incremento ponderale interdialitico) a cui essi si autoespongono in maniera arbitraria. L'indagine è utile ad evidenziare fattori significativamente associati al rischio di insoddisfazione del tratta-

mento di dialisi, per generare successive ipotesi di lavoro inferenziale, soltanto laddove tecnicamente ed eticamente accessibili. Trattandosi della prima esperienza di questo tipo all'interno della rete di ambulatori di emodialisi coinvolta, non sono disponibili dati prospettici, che si intende sviluppare in futuro, il cui significato sarebbe certamente più importante. Il questionario CHOICE è stato somministrato nell'intera rete di ambulatori di emodialisi della Gambro Healthcare Italia (totale n=1001 pazienti). Dei 19 centri partecipanti, i risultati di due non erano analizzabili a causa di una erronea applicazione delle indicazioni del protocollo di studio uniformemente distribuito ai partecipanti. Per questa analisi erano disponibili 758 questionari compilati (75.7% del 'coverage' considerando l'intera popolazione di 1001 soggetti cui il questionario veniva somministrato) ed è pertanto verosimile che si possa escludere un errore di selezione. Un importante limite dello studio consiste nell'aver individuato una raccolta inadeguata (numerose 'missing data') dei parametri relativi ai trattamenti farmacologici (eritropoietine, vitamina D, calcimimetici, ferro). La popolazione studiata appartiene ad un gruppo omogeneo di pazienti in trattamento emodialitico periodico secondo protocolli gestionali clinici molto rigidi, il cui monitoraggio avviene mensilmente in base alle linee guida adottate dalla Gambro Healthcare Italia S.p.A. Il possibile errore di confondimento rispetto all'*outcome* dello studio ad opera di una serie di covariate cliniche, demografiche, organizzative e strutturali è stato esplorato con il ricorso ad una indagine di regressione logistica gerarchica. È possibile che i risultati di questa indagine rappresentino una sovrastima o una sottostima del reale grado di soddisfazione-insoddisfazione dei pazienti rispetto al trattamento emodialitico ricevuto, in virtù della tendenza a rispondere positivamente a questa tipologia di questionari. È analogamente possibile che il livello di scolarità della popolazione interessata abbia influenzato la tipologia di risposta e la relativa qualità. Il ruolo di questi fattori dovrebbe essere calmierato da uno strumento validato e sviluppato con il ricorso a modelli specifici di ricerca sociologica (*focus groups*) nella specifica popolazione di interesse. Va tuttavia precisato che non esiste uno strumento specificamente sviluppato nella popolazione italiana e che la validazione della traduzione del questionario CHOICE per l'uso nelle nostre popolazioni potrebbe non essere sufficiente per evitare questo tipo di errore sistematico.

CONCLUSIONI

Questo studio sottolinea l'importanza di migliorare gli strumenti atti alla valutazione dei livelli di soddi-

sfazione del paziente rispetto al trattamento di emodialisi. Lo sviluppo di strumenti sempre più raffinati ed il loro utilizzo all'interno degli ambulatori di emodialisi col ricorso a metodologie analitiche appropriate può essere utile per comprendere meglio quali fattori, oltre alle covariate cliniche, possono essere influenzati al fine di rendere sempre più valida, anche dal punto di vista della percezione del paziente, l'offerta di qualità in ambito emodialitico. Obiettivo di futuri studi, a seguito di questa semplice indagine preliminare, sarà di valutare quali fattori predicano in maniera prospettica il grado di soddisfazione del paziente rispetto al trattamento emodialitico. Queste indagini potranno confermare o meno i rilievi principali, ed in particolare aggiungere il necessario grado di sofisticazione necessario per individuare l'associazione di soddisfazione o insoddisfazione con l'incremento ponderale interdialitico ed il peso secco.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano il personale medico ed infermieristico ed i capi-sala di tutti gli ambulatori di emodialisi della Gambro Healthcare Italia S.p.A per la loro preziosa collaborazione nella somministrazione e raccolta dei questionari.

RIASSUNTO

Premesse. *La valutazione della qualità percepita da parte del paziente in trattamento emodialitico non è procedura di routine nella maggior parte delle istituzioni. Lo scopo di questa indagine è di presentare gli aspetti metodologici utili a valutare il grado di soddisfazione del paziente in emodialisi, ed i risultati di una indagine pilota eseguita all'interno degli ambulatori di emodialisi della Gambro Healthcare Italia S.p.A.*

Metodi. *Abbiamo eseguito una analisi del grado di soddisfazione del paziente in emodialisi utilizzando un modello di studio trasversale analitico e con il ricorso al questionario validato Choices for Healthy Outcomes in Caring for ESRD (CHOICE). Utilizzando un modello di regressione logistica gerarchica abbiamo valutato i fattori predittivi del rischio di essere insoddisfatti del trattamento emodialitico, aggiustato per una serie di covariate demografiche, cliniche, organizzative e strutturali.*

Risultati. *Hanno partecipato all'analisi 17 ambulatori di emodialisi della rete Gambro Healthcare Italia S.p.A. per un totale di 758/1001 (75.7%) pazienti in trattamento sostitutivo emodialitico periodico. L'analisi multivariata gerarchica ha dimostrato un'associazione statisticamente significativa tra il rischio di essere insoddisfatti del trattamento emodialitico e l'incremento ponderale interdialitico*

(unità di incremento =1 kg, $p=0.004$). Al contrario, il rischio di essere insoddisfatti diminuiva significativamente all'aumentare del peso secco del paziente (unità di incremento =1 kg, $p=0.002$). È stata evidenziata una variabilità residua tra i centri non spiegabile dagli oltre 20 possibili fattori di confondimento considerati nell'analisi multivariata gerarchica.

Conclusioni. La valutazione del grado di soddisfazione del paziente ('customer satisfaction') è un pilastro delle

politiche aziendali ma spesso condotta con il ricorso a strumenti di indagine subottimali. Questa attività dovrebbe diventare sempre più importante nell'ambito dei programmi di qualità delle attività sanitarie in genere. Le metodologie di ricerca sociologica, adottate per questo tipo di analisi, devono essere raffinate ed implementate attivamente al fine di meglio comprendere se e come è possibile influenzare la qualità del servizio prestato ai pazienti e la loro percezione dello stesso.

BIBLIOGRAFIA

1. McClellan WM. Quality of patient care in the Medicare End-stage Renal Disease Program: The basis and implementation of the 1994-1997 End-stage Renal Disease Health Care Quality Improvement Program. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 1996; 5: 224-9
2. Epstein KR, Laine C, Farber NJ, Nelson EC, Davidoff F. Patients' perceptions of office medical practice: Judging quality through the patients' eyes. *Am J Med Qual* 1996; 11: 73-80.
3. Nelson EC, Larson C, Batalden PB. The patient judgement system: Reliability and validity. *Qual Rev Bull* 1989; 15: 185-91.
4. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney C, Ware JE. Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings: Results from the medical outcomes study. *JAMA* 1993; 270: 835-40.
5. Rubin HR, Jenckes M, Fink NE, et al. Patient's view of dialysis care: development of a taxonomy and rating of importance of different aspects of care. *Am J Kidney Dis* 1997; 30: 793-801.
6. Manno C, Palmieri V, Virgilio M, Palasciano G, Schena FP. Il Manuale della Qualità in Nefrologia e Dialisi. *G Ital Nefrol* 2004; 3: 267-75.
7. Giangrande A. The role of physicians in the future of quality management. *Int J Artif Organs* 1999; 22: 279-80.
8. Rubin HR, Fink NE, Plantinga LC, Sadler JH, Kiliger AS, Powe NR. Patient ratings of dialysis care with peritoneal dialysis vs hemodialysis. *JAMA* 2006; 294: 697-703.
9. Kirchgessner J, Perera-Chang M, Klinkner G, et al. Satisfaction with care in peritoneal dialysis patients. *Kidney Int* 2006; 70: 1325-31.