



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE E SOCIALI
MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO IN
“CUSTOMER CARE E TUTELA DEI CONSUMATORI”

PALMA GIULIA LICARI

**Customer care ed emergenza da Covid-19: Project Work presso il
Dipartimento Attività Territoriali ASP CT**

Saggio finale

Relatore:
Chiar.mo Alessandro Ancarani

ANNO ACCADEMICO 2018-2019

*Si ringrazia il Direttore del
Dipartimento Attività Territoriali,
Dr. Francesco Luca,
per la professionalità e contributo
nella stesura
del presente lavoro.*

INDICE

- **Introduzione**
- **Capitolo Primo: Origine della pandemia da covid-19 e sua diffusione in Italia**
 - Endemia, Epidemia, Pandemia
 - Endemia
 - Epidemia
 - Pandemia
 - I Virus respiratori
 - I Coronavirus
 - Apparizione e diffusione del SARS-CoV-2 in Italia
- **Capitolo Secondo: Il ruolo delle ASP nelle fasi di criticità sanitaria**
 - L'Organigramma
 - I Dipartimenti sanitari, amministrativi e ospedalieri
 - I Dipartimenti sanitari
 - I Dipartimenti amministrativi
 - I Presidi Ospedalieri
 - Il Dipartimento delle attività territoriali, integrazione ospedale territorio e socio-sanitarie
 - Il Commissariamento dell'ASP Catania
 - I Laboratori di immunologia e microbiologia clinica
 - Test sierologici e test molecolari
 - Tamponi effettuati dall'ASP Catania
 - Le Terapie intensive presso l'ASP CT e le Aziende Ospedaliere provinciali
 - Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale
 - L'Indagine di sieroprevalenza sul Covid-19
 - Le Piattaforme telematiche degli esiti dei tamponi
- **Capitolo Terzo: Modelli teorici e documentazione aziendale**
 - I tre principi del Customer Satisfaction Management
 - Efficienza ed efficacia
 - Efficienza operativa e allocativa
 - Efficienza teorica e pratica

- Qualità e soddisfazione
 - Il Modello dei gap della qualità del servizio
- Le Sfide ambientali e l'innovazione del CSM
- Il DVR aziendale quale pilastro dell'innovazione di processo
- Gli Step per l'innovazione della CSM
- Definizione di servizio (pubblico)
- Il Modello delle 5 p
- Valutare la qualità: il modello di Parasuraman
- Il Modello di Valdani-Busacca
- Service Quality Factors
- Misurare il grado di soddisfazione dell'utenza
 - Calcolare media e deviazione standard del grado di soddisfazione
 - La scelta e la numerosità del campione
 - La tipologia delle domande
- **Capitolo Quarto: Questionario all'utenza**
 - Parte prima: generalità
 - Parte seconda: organizzazione lavorativa
 - Sfera psichico-relazionale
 - Parte quarta: Percezioni e vissuti emotivi
- **Conclusioni**
- **Allegato A: Organigramma ASP aggiornato**
- **Allegato B: Questionario di valutazione della qualità del lavoro durante l'emergenza Covid-19**
- **Bibliografia**
- **Sitografia**

Introduzione

La letteratura in materia di Customer Care Satisfaction, in linea al celeberrimo “il cliente ha sempre ragione”, focalizza la quasi totalità delle sue pagine nel fondamentale rapporto che intercorre tra grado di soddisfazione globale del cliente e misure progettuali poste in essere dal management aziendale.

Pur tuttavia non si può non tenere in considerazione il fatto che, specialmente in un’azienda di servizi come l’Azienda Sanitaria (ASP) della provincia di Catania, la Customer Satisfaction riguarda anche i dipendenti che, per la loro stessa collocazione nella piramide aziendale, costituiscono il trait-d’union tra il management vero e proprio e l’utenza finale: è ragionevole supporre che condizione necessaria affinché l’utenza finale sia soddisfatta dei servizi erogati da una amministrazione quale l’ASP è che il legame relazionale tra dipendenti e staff dirigenziale sia sano, chiaro e trasparente.

La capacità di soddisfare le attese del consumatore finale passa quindi anche per la soddisfazione dei dipendenti che è oggi resa molto più critica rispetto ai decenni precedenti per via della continua crescita della pressione concorrenziale, riconducibile, in prima istanza, alla trasversalità delle nuove tecnologie dell’informazione e alla flessibilità dei processi produttivi ma anche legata, nello stesso tempo, allo sviluppo internazionale delle imprese e alla globalizzazione dei mercati.

In questo project work si è andati a valutare il grado di soddisfazione sul luogo di lavoro del personale dipendente, nelle condizioni straordinarie ed emergenziali delle settimane in cui il Covid-19 ha terrorizzato l’Italia e l’intero pianeta. Il personale ha incluso amministrativi, tecnici, infermieri e medici collocati tra apice dirigenziale e utenza finale, il cui benessere e la cui soddisfazione sul lavoro rappresenta il presupposto basilare per il successivo (e assai più importante dal punto di vista dei mercati) soddisfacimento dell’utenza finale.

La scelta del project work è stata operativamente forzata, dal momento che le stringenti restrizioni alla mobilità dei mesi di Marzo e Aprile non hanno in alcun modo permesso di poter estendere (tramite questionari, interviste, ecc...) un project work sul tema della soddisfazione dell'utenza ai clienti finali dei servizi sanitari. Si valuta tuttavia che tale indagine sia estremamente utile e dare indicazioni anche per la gestione di future emergenze

Il lavoro è articolato in 5 capitoli. Nel primo capitolo si ripercorre, dopo aver sinteticamente descritto i virus respiratori e le diverse epidemie e pandemie che hanno colpito il nostro pianeta nel corso del XX secolo, la nascita e la diffusione del Coronavirus in Italia. Un processo, questo, che, in itinere e a posteriori, può essere distinto in diverse sottofasi, ciascuna caratterizzata da diversi attori protagonisti:

- una Fase 0, in cui il virus inizia ad espandersi dalla Cina in diversi Stati tra cui l'Italia e che si caratterizza, a fronte di una lenta comprensione della gravità della situazione da parte dell'OMS, dalle singole e non coordinate azioni da parte dei vari governi nazionali;
- una Fase 1, individuabile nell'intero periodo del lockdown italiano e nella dichiarazione da parte dell'OMS dello stato di pandemia globale;
- una Fase 2, che è quella ad oggi tutt'ora in corso, caratterizzata da una lenta ripresa della vita di tutti i giorni (in termini soprattutto sociali ed economici) che, passo dopo passo, dovrebbe ricondurci alla situazione pre-pandemia;
- una Fase 3, che è quella che dovrebbe ripristinare definitivamente le condizioni preesistenti alla vigilia dell'avvento dello tsunami virale.

Nel secondo capitolo, dopo aver delineato la situazione nazionale ed internazionale, il focus della riflessione si sposta sulla Sicilia e su Catania. Viene descritta l'ASP3 di Catania in termini di organigramma e di servizi. Il focus dell'analisi si concentra essenzialmente sul ruolo ricoperto dai dipendenti ASP durante i mesi della pandemia e sulle eventuali variazioni delle modalità operative che tale situazione eccezionale ha comportato in termini di organizzazione e benessere sul lavoro.

Nel terzo capitolo si introducono alcuni elementi teorici generali di Customer Care Satisfaction e di statistica propedeutici al successivo capitolo. Si introducono i tre principi

del Customer Satisfaction Management, si puntualizzano le definizioni di efficienza e di efficacia in sanità, si discute sul modello dei gap della qualità del servizio e sulle sue conseguenze in ambito aziendale.

Nel quarto capitolo vengono presentati i risultati del questionario somministrato all'utenza dell'ASP3 di Catania e vengono discussi i risultati. Il questionario, riportato in forma integrale in appendice, è composto da venti domande suddivise in quattro distinte categorie (parte generale, parte inerente all'organizzazione lavorativa, sfera psico-relazionale sul luogo di lavoro e con l'utenza e, infine, ambito delle percezioni e dei vissuti emotivi). Il questionario è stato sottoposto ad un campione di 100 lavoratori collocati nell'ambito del Dipartimento Attività Territoriali, Integrazione Ospedale Territorio e socio - sanitarie nelle strutture di PTA S. Luigi, PTA S. Giorgio e Distretto Sanitario CT.

Le conclusioni, intersecando opportunamente le quattro predette categorie, restituiscono i livelli complessivi di soddisfazione sul lavoro rilevati.

Si noti bene, infine, che con la dicitura "utenza" ci si riferirà in questo lavoro – se non diversamente specificato – ai dipendenti aziendali (tecnici, amministrativi, infermieri e medici).

Capitolo 1

Origine della pandemia da Covid-19 e sua diffusione in Italia

1. Endemia, epidemia, pandemia.

1.1 - Endemia.

Per endemia si intende una malattia contagiosa costantemente presente in un determinato territorio o popolazione e il cui numero di casi non sia soggetto a grosse variazioni temporali. Esempio tipico è la malaria nei Paesi tropicali.

1.2 - Epidemia.

L'epidemia è una patologia che si diffonde fino a colpire un gran numero di persone in un territorio più o meno vasto. Si sviluppa con andamento che varia a seconda dei casi e si estingue dopo una durata anche variabile. Quanto alla provenienza, le epidemie possono essere importate e autoctone (per l'Italia e l'Europa, ad esempio, sono importate quelle di morbi esotici, come il colera). Le epidemie si propagano per contagio diretto (malato, convalescente o portatore sano) o indiretto (oggetti infetti, pulviscolo atmosferico, acqua, insetti...).

Importanti epidemie del XX secolo si verificarono nel 1947, nel 1967 e nel 1976:

- Epidemia del 1947. Alla fine del 1946, un'epidemia di influenza si diffuse in estremo oriente, in Giappone e Corea, tra le truppe americane, e successivamente, nel 1947, ad altre basi militari negli USA dove fu isolato un ceppo virale che sembrò molto differente dal virus dell'influenza A, sotto il profilo antigenico, per cui fu chiamato: "Influenza A prime". Si ritiene che questa

epidemia possa essere considerata una pandemia lieve, perché si diffuse a livello globale, ma causò relativamente pochi morti. Si verificò il completo fallimento del vaccino nel proteggere un gran numero di militari americani vaccinati. Il vaccino conteneva un ceppo H1N1 che era risultato efficace nelle stagioni 1943–1944 e 1944–1945. Negli anni successivi, quando furono caratterizzati sia il virus del 1943, da cui era stato derivato il vaccino, che quello del 1947 si osservò che le sequenze di RNA virale erano marcatamente diverse in quanto a composizione.

- Epidemia del 1976. Questa epidemia si era diffusa nel maggio 1977 nel nord est della Cina, ma fu denominata “Russa”. Essa si diffuse rapidamente ma soprattutto o quasi unicamente tra i giovani con meno di 25 anni, con manifestazioni cliniche lievi, anche se tipicamente influenzali. Si ritiene che i giovani non fossero stati esposti al virus H1N1, che non aveva più circolato dal 1957, quando erano diventati dominanti prima ceppi H2N2 e poi H3N2. In effetti, la caratterizzazione antigenica e molecolare ha dimostrato che questo virus era molto simile a quelli circolanti negli anni '50.

1.3 - Pandemia.

Una pandemia è una epidemia con tendenza a diffondersi ovunque, cioè a invadere rapidamente vastissimi territori e continenti. La pandemia può dirsi realizzata soltanto in presenza di queste tre condizioni: un organismo altamente virulento, mancanza di immunizzazione specifica nell'uomo e possibilità di trasmissione da uomo a uomo.

Nel ventesimo secolo si sono verificate tre pandemie influenzali: nel 1918, nel 1957 e nel 1968, che sono identificate comunemente in base alla presunta area di origine: Spagnola, Asiatica e Hong Kong.

Con riferimento alla Spagnola, si stima che un terzo della popolazione mondiale fu colpito dall'infezione durante la pandemia del 1918–1919. La malattia fu eccezionalmente severa, con una letalità maggiore del 2,5% e una quota di decessi stimata tra 50 e 100 milioni. Intorno agli anni Trenta furono isolati virus influenzali dai maiali e dagli uomini che, attraverso studi sieroepidemiologici furono messi in relazione con il virus della pandemia del 1918. Si è visto che i discendenti di questo virus circolano ancora oggi nei maiali. Forse hanno continuato a circolare anche tra gli esseri umani, causando epidemie stagionali fino agli anni '50, quando si fece strada il nuovo ceppo pandemico A/H2N2 che

diede luogo all'Asiatica del 1957. I virus imparentati a quello del 1918 non diedero più segnali di sé fino al 1977, quando il virus del sottotipo H1N1 riemerse negli Stati Uniti causando un'epidemia importante nell'uomo. Da allora virus simili all'A/H1N1 continuarono a circolare in modo endemico o epidemico negli uomini e nei maiali, ma senza avere la stessa patogenicità del virus del 1918¹.

Dopo la pandemia del 1918, l'influenza ritornò al suo andamento abituale per tutti gli anni trenta, quaranta e cinquanta, fino al 1957, quando si sviluppò la nuova pandemia: l'asiatica. All'epoca il virus era stato isolato nell'uomo nel 1933 e poteva essere studiato in laboratorio. Tranne le persone con più di 70 anni, la popolazione non aveva difese contro il virus. Nonostante non esistesse una sorveglianza epidemiologica o di laboratorio, come quelle che abbiamo oggi, il virus fu studiato nei laboratori di Melbourne, Londra e Washington, dopo il riconoscimento che un'importante epidemia era in corso. Il virus fu rapidamente riconosciuto con i test di fissazione del complemento, mentre lo studio dell'emoagglutinina virale mostrò che si trattava di un virus differente da quelli fino ad allora isolati negli uomini. In contrasto a quanto osservato nel 1918, le morti si verificarono soprattutto nelle persone affette da malattie croniche e meno colpiti furono i soggetti sani.

Come nel 1957, la nuova pandemia provenne dal Sud Est Asiatico e in particolare da Hong Kong. Poiché l'epidemia si trasmise inizialmente in Asia, ci furono importanti differenze con quella precedente: in Giappone le epidemie furono saltuarie, sparse e di limitate dimensioni fino alla fine del 1968. Il virus fu poi introdotto nella costa occidentale degli USA con elevati tassi di mortalità, contrariamente all'esperienza dell'Europa dove l'epidemia, nel 1968–1969, non si associò ad elevati tassi di mortalità. In Italia l'eccesso di mortalità attribuibile a polmonite ed influenza associato con questa pandemia fu stimato di circa 20.000 decessi.

¹ Dal 1995, a partire da materiale autoptico conservato, furono isolati e sequenziati frammenti di RNA virale del virus della pandemia del 1918, fino ad arrivare a descrivere la completa sequenza genomica di un virus e quella parziale di altri 4. Il virus del 1918 è probabilmente l'antenato dei 4 ceppi umani e suini A/H1N1 e A/H3N2, e del virus A/H2N2 estinto.

Questi dati suggeriscono che il virus del 1918 era interamente nuovo per l'umanità e quindi, non era frutto di un processo di riassortimento a partire da ceppi già circolanti, come successe poi nel 1957 e nel 1968. Era un virus simile a quelli dell'influenza aviaria, originatosi da un ospite rimasto sconosciuto.

2. I virus respiratori.

Le infezioni dell'apparato respiratorio, in ambito di controllo, gestione e tutela della salute pubblica, rivestono un ruolo fondamentale nelle attività di medici di base, ASL, ASP e Ministero della Salute. Si tratta essenzialmente di patologie acute che possono colpire, seppur con distribuzioni probabilistiche differenti, tutte le fasce d'età e possono poi produrre conseguenze più o meno gravi a seconda dell'agente eziologico e della risposta immunitaria dell'individuo.

A diffusione ciclica (stagionale), tali infezioni iniziano solitamente in autunno e raggiungono il picco nei mesi invernali, per poi diminuire in primavera fino a sparire quasi del tutto in estate.

Fino a gennaio 2020, i virus respiratori maggiormente noti e diffusi sono stati il Virus Respiratorio Sinciziale (RSV), l'Adenovirus ed i virus Parainfluenzali. Il virus dell'Influenza, che non rientra in nessuna delle tre anzidette sigle, con il suo pesante impatto in termini di morbosità e mortalità in tutta la popolazione e soprattutto nei gruppi a maggior rischio di complicanze, ovvero i bambini di età inferiore ai due anni, gli anziani, le donne in gravidanza e tutti quei soggetti che presentano patologie croniche o condizioni predisponenti. L'impatto della malattia è associato a conseguenze economiche e sociali importanti per il sistema sanitario e, naturalmente, esso non potrà che crescere con l'avanzare dell'età della popolazione mondiale.

A partire da febbraio 2020 lo scenario appena delineato si arricchisce del nuovo Coronavirus, un virus i cui effetti patologici sono ancora in fase di analisi e di studio ma che certamente ha un fortissimo impatto sulle vie respiratorie. In verità, la famiglia dei coronavirus (COV), così detta per via delle punte a forma di corona presenti sulla loro superficie, è conosciuta e studiata ormai da diversi decenni, seppur per circostanze non direttamente collegabili alla tutela della salute umana.

2.1 - I coronavirus.

Comuni in molte specie animali (soprattutto nei pipistrelli e nei cammelli), i coronavirus possono in alcuni casi evolversi e, col cosiddetto *spill over* (ovvero col *salto di specie*), giungere a infettare l'uomo e a propagarsi a tutta la popolazione umana.

I coronavirus ad oggi conosciuti sono sette:

- coronavirus alpha 229E;

- coronavirus alpha NL63;
- coronavirus beta OC43;
- coronavirus beta HKU1;
- MERS-CoV;
- SARS-CoV;
- SARS-CoV-2.

La pandemia che ha duramente colpito il nostro Paese (e il mondo intero) è legata a quest'ultimo tipo di coronavirus, il SARS-CoV-2.

Trattandosi di un virus assolutamente nuovo per la specie umana, esso non ha trovato barriera alcuna nella sua espansione di città in città, di nazione in nazione, di continente in continente.

3. Apparizione e diffusione del SARS-CoV-2 in Italia.

Il 9 gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità porta a conoscenza il mondo di un dato che, a inizio anno, a molti (anche e soprattutto tra i professionisti del settore sanitario) sembrò una normalissima comunicazione di routine: le autorità sanitarie cinesi avevano individuato un nuovo ceppo di coronavirus mai identificato prima nell'uomo, provvisoriamente chiamato 2019-nCoV e successivamente classificato con il nome SARS-CoV-2.

Il virus è associato a un focolaio di casi di polmonite registrati a partire dal 31 dicembre 2019 nella città di Wuhan, nella Cina centrale.

In Italia, la prima nota pubblica da parte del Ministero della Salute in tema di diffusione del coronavirus risale al 21 gennaio 2020: in essa si informano i cittadini italiani che è stata attivata una rete di sorveglianza sul nuovo virus cinese (2019-nCoV) e che, tanto l'OMS quanto l'ECDC (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie), ritengono la probabilità di introduzione del virus nell'Unione Europea assai moderata. Pur tuttavia, conclude la nota, *“sarà attivo, a partire dal prossimo volo diretto dalla città di Wuhan all'aeroporto di Roma Fiumicino, un canale sanitario con controllo della temperatura attraverso scanner e con compilazione di una scheda che indichi destinazione e percorso dei passeggeri, una volta sbarcati”*.

Al fine di coordinare ogni iniziativa relativa al fenomeno coronavirus 2019-nCoV viene istituita sul territorio nazionale una task-force composta dalla Direzione generale per la prevenzione, dalle altre direzioni competenti, dai Carabinieri dei NAS, dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma, dall'Usmaf (Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera), dall'Agenzia italiana del Farmaco, dall'Agenas e dal Consigliere diplomatico al fine di coordinare in maniera organica qualunque tipologia di intervento e/o di imprevisto. A livello comunitario, invece, le misure di intervento e di protezione sono coordinate dalla commissaria europea Stella Kyriakides.

L'OMS, da parte sua, con note del 23 e del 28 gennaio comunica ai vari Stati che, non essendovi le condizioni per dichiarare l'emergenza sanitaria globale, si limita a disporre e a diffondere alcune raccomandazioni, misure e linee guida che l'Italia, da canto suo, ha già provveduto ad attuare nei giorni precedenti in piena autonomia.

Il rischio di trasmissione del virus in Italia, fino a fine gennaio, è rappresentato quasi esclusivamente dai voli provenienti dalla Cina: per tale motivo il 28 gennaio 2020 il Ministero della Salute decide di convogliare verso il solo aeroporto sanitario di Roma Fiumicino tutti gli eventuali voli privati in arrivo dalla Cina destinati allo scalo di Ciampino e progetta di estendere la stessa misura agli altri aeroporti italiani in modo da consentire l'atterraggio dei voli dalla Cina solo a Roma Fiumicino e Milano Malpensa.

Altra fonte di rischio, di dimensioni certamente più ridotte e maggiormente controllabili, è legata ai turisti a bordo della nave da crociera "Costa Smeralda". È proprio del 30 gennaio la comunicazione da parte del laboratorio di riferimento dell'Istituto nazionale per le malattie infettive (INMI) Spallanzani al Ministero della Salute che, a seguito di segnalazioni provenienti dai media, i campioni prelevati ad alcuni tra le centinaia di turisti presenti sulla nave da crociera Costa Smeralda (ormeggiata a Civitavecchia) segnalati come possibilmente positivi sono risultati negativi per il 2019-nCoV e che pertanto la nave può essere messa in "libera pratica sanitaria".

A fine gennaio l'OMS prende consapevolezza che la situazione rappresenta una polveriera e dichiara l'emergenza internazionale. Il 31 gennaio il governo italiano, sulla scia delle dichiarazioni dell'OMS, attiva gli strumenti normativi precauzionali previsti nel nostro ordinamento (similmente a quanto già avvenuto nel 2003 in occasione dell'infezione Sars): tali strumenti rappresentano la base giuridica su cui poggeranno tutti i

successivi DPCM di marzo, aprile e maggio. Con l'adozione di tali misure l'Italia si pone al più alto livello di cautela sul piano internazionale.

Fino a questo momento i vari governi hanno attuato misure autonome e spesso scollegate tra loro. Nel vertice in teleconferenza dei ministri della Salute dei Paesi G7 (erano presenti i ministri Patricia A. Hajdu - Canada, Agnès Buzyn - Francia, Jens Spahn - Germania, Kato Katsunobu - Giappone, Matt Hancock - Regno Unito, Alex Michael Azar II - Stati Uniti), tenutosi il 3 febbraio, si inizia finalmente a ragionare in termini di rete comune e si stabilisce, come prima importante misura anticontagio, di innalzare il livello dei controlli su tutti i porti e gli aeroporti. Restano confermati il blocco dei voli dalla Cina e i controlli sanitari in porti e aeroporti e si ravvisa sia la necessità di un impegno comune a sostenere il Governo cinese nei suoi sforzi per affrontare l'emergenza, sia l'importanza di collaborare e condividere tutte le informazioni scientifiche utili a contrastare il virus.

Quest'ultimo aspetto di condivisione delle informazioni utili a contrastare la diffusione del virus si collega anche al fenomeno, fastidioso e pericoloso, delle fake news in tema di Covid-19: il 4 febbraio il Ministero della salute sigla un accordo con la piattaforma social Twitter (similmente a quanto già accaduto qualche giorno prima tra l'OMS e Google) al fine di combattere e prevenire la diffusione di informazioni scientificamente infondate; il 17 febbraio l'accordo è siglato con i delegati della piattaforma social Facebook; il 28 febbraio un nuovo accordo è siglato con Youtube e Google.

La giornata del 6 febbraio rappresenta il primo importante momento nell'evoluzione del rapporto tangibile tra territorio italiano e coronavirus: se fino a quel momento tutti i casi sospetti si erano rivelati essere infondati o falsi positivi, il comunicato n. 49 del Ministero della salute lascia intendere che sono alte le probabilità di un primo caso proclamato in Italia: "Nell'ambito delle misure di controllo definite per i 56 italiani rimpatriati dalla zona di Wuhan in Cina, ed attualmente in isolamento nella "città militare" della Cecchignola a Roma, le analisi condotte sui tamponi hanno evidenziato questa mattina un sospetto di coronavirus 2019-nCoV. Conseguentemente, sono stati decisi ulteriori accertamenti che verranno eseguiti sul soggetto che verrà trasferito e posto in isolamento all'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani di Roma".

Accanto a questo caso sospetto, tra i rimpatriati da Whuan vi sono anche altre persone che destano preoccupazione. Due bambini di 4 e 8 anni con alcune linee di febbre che, a titolo precauzionale, sono trasferiti all'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani di Roma per ulteriori accertamenti. Il tampone darà qualche giorno dopo esito negativo per entrambi i bambini. Altri otto tra gli italiani rientrati da Wuhan vengono posti in isolamento al Policlinico militare del Celio; anche per loro i tamponi effettuati risulteranno negativi.

L'11 febbraio l'Organizzazione mondiale della sanità denomina con l'acronimo Covid-19 (Corona Virus Disease – 2019) la malattia respiratoria causata dal nuovo coronavirus, mentre l'European Centre for Disease Prevention and Control comunica i risultati di alcuni studi condotti sul Covid-19: i tempi di incubazione abbracciano un periodo tra 2 e 12 giorni, mentre 14 giorni può essere ritenuto il limite massimo di precauzione.

Parallelamente, a livello politico proseguono i vertici e gli incontri tra i ministri della salute del G7. Gli ordini del giorno non presentano grosse variazioni e focalizzano l'impegno di tutti gli Stati membri allo studio di tutti i possibili scenari futuri ipotizzabili, alla condivisione totale di qualsiasi informazione, ricerca scientifica e materiale biologico. Le preoccupazioni maggiori per il governo italiano sono rappresentate senza dubbio dal rientro degli italiani dall'estero e dall'impostazione di linee guida per il loro isolamento domiciliare e quarantena.

Il 21 febbraio nel comune di Codogno (provincia di Lodi) si individua il “paziente 1” del coronavirus in Italia; un focolaio è individuato nel Comune di Vo' Euganeo (provincia di Padova) e un primo morto si registra a Padova.

Il ministero della Salute provvede ad emanare immediatamente una nuova ordinanza che, oltre a prevedere misure di isolamento quarantenario obbligatorio per i contatti stretti con un caso risultato positivo, dispone la sorveglianza attiva con permanenza domiciliare fiduciaria per chi è stato nelle aree a rischio negli ultimi 14 giorni (con obbligo di segnalazione da parte del soggetto interessato alle autorità sanitarie locali).

Tale ordinanza demanda alle ASP un ruolo chiave di gestione e controllo territoriale. Qualunque individuo che, negli ultimi quattordici giorni, sia rientrato in Italia dopo aver soggiornato nelle aree della Cina interessate dall'epidemia, deve obbligatoriamente rivolgersi alla propria Autorità sanitaria territorialmente competente la

quale provvederà all'adozione della misura della permanenza domiciliare fiduciaria con sorveglianza attiva ovvero, in presenza di condizioni ostative, di misure alternative di efficacia equivalente.

Il governo italiano, il 22 febbraio, interviene con la pubblicazione del primo DPCM relativo all'emergenza Covid-19. Vengono individuate quali zone rosse del territorio nazionale dieci comuni del lodigiano (tra cui Codogno) e il comune Vo' Euganeo. In diverse regioni e province del Nord Italia vengono progressivamente sospese, nei giorni seguenti, le attività didattiche e qualsiasi manifestazione culturale, sportiva, ricreativa che preveda assembramenti. Qualche giorno dopo, le misure di contenimento sono già estese a Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria.

Alla febbrile attività istituzionale e socio-sanitaria italiana non corrisponde una altrettanto netta presa di posizione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità la quale, ancora il 24 febbraio, per voce del suo direttore generale Tedros Adhanom Ghebreyesus, ritiene che non si possa ancora parlare di pandemia ma solo di epidemia; il caso italiano, per quanto importante, non implica ancora la certezza della diffusione del coronavirus su larga scala a livello mondiale.

Il 25 febbraio, cioè appena quattro giorni dopo l'individuazione del "paziente 1", le persone contagiate in Italia risultano essere 283 (di cui sette già decedute) a fronte di un numero di tamponi effettuati pari a 6224.

Questi numeri rappresentano l'innesco dell'effetto valanga che, su scala esponenziale, avrebbero portato a milioni di contagi se non si fosse attuata una drastica misura di isolamento collettivo sull'intero territorio nazionale. A poco infatti sarebbero servite le sole linee guida (una sorta di decalogo) diramate dall'Istituto Superiore di Sanità.

La drammatica situazione prospettata dagli scienziati al governo Conte, induce quest'ultimo, la sera del 4 marzo, alla stesura di un nuovo DPCM in cui si ordina la chiusura delle scuole e delle università in tutta Italia e vengono imposte anche importanti restrizioni per cinema, teatri e manifestazioni di ogni genere.

A questo decreto ne seguiranno diversi altri nei giorni seguenti: il decreto del 7 marzo "chiude" la Lombardia e altre 14 province del Nord (la notte del 7 marzo sarà molto probabilmente ricordata come la notte dell'assalto ai treni per il Sud); il decreto dell'11 marzo estende tali misure di contenimento a tutta l'Italia, che quindi diviene tutta zona

rossa (rimangono aperti solo alimentari, farmacie, edicole e pochi altri esercizi commerciali).

Se in Italia l'11 marzo rappresenta l'inizio del *lockdown*, a livello mondiale rappresenta il momento del passaggio dell'epidemia da Covid-19 a pandemia da Covid-19. Così, infatti, si esprime Tedros Adhanom Ghebreyesus:

Pandemic is not a word to use lightly or carelessly. It is a word that, if misused, can cause unreasonable fear, or unjustified acceptance that the fight is over, leading to unnecessary suffering and death.

Describing the situation as a pandemic does not change WHO's assessment of the threat posed by this virus. It doesn't change what WHO is doing, and it doesn't change what countries should do.

We have never before seen a pandemic sparked by a coronavirus. This is the first pandemic caused by a coronavirus.

And we have never before seen a pandemic that can be controlled, at the same time.

La seconda metà del mese di marzo si caratterizza dappertutto, anche all'interno delle varie Aziende Sanitarie Provinciali, per la definizione di nuovi assetti organizzativi e di nuove modalità operative che permettano ai lavoratori di poter continuare a garantire i servizi essenziali mantenuti attivi dal DPCM dell'11 febbraio. Si tratta di trovare un delicato equilibrio tra esigenze dell'utenza e diritto alla salute dei lavoratori, tra amministrazione e sindacati, tra imprese e utenza.

Certamente il punto fermo è la costante sanificazione dei luoghi di lavoro e la minimizzazione delle occasioni di contatto tra azienda e utenza. Nasce da qui l'esigenza della "ricetta medica", da inoltrare via email o con messaggio sul telefono: un passo avanti tecnologico che, nel lungo termine, mira a rendere più efficiente tutto il Sistema sanitario nazionale. Si tratta, nello specifico, di un'ordinanza emanata da parte del Capo Dipartimento della Protezione Civile che consente ai cittadini di ottenere dal proprio

medico il numero di ricetta elettronica senza più la necessità di ritirare fisicamente, e portare in farmacia, il promemoria cartaceo².

Nella stessa ordinanza, disposta di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e con l'intesa del Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome, vengono disciplinate anche tutte le modalità operative per farmacie e ASL per i farmaci distribuiti in modalità diverse dal regime convenzionale e per i medicinali che richiedono un controllo ricorrente dei pazienti.

Il 18 marzo il governo italiano vara il decreto "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" (meglio noto come decreto "Cura-Italia") che, oltre a prevedere una manovra da 25 miliardi di euro, predispone dei finanziamenti aggiuntivi per gli incentivi in favore del personale dipendente del SSN³ e

² "Al momento della generazione della ricetta elettronica da parte del medico prescrittore – si legge nell'ordinanza – l'assistito può chiedere al medico il rilascio del promemoria dematerializzato ovvero l'acquisizione del Numero di Ricetta Elettronica tramite:

- a) trasmissione del promemoria in allegato a messaggio di posta elettronica, laddove l'assistito indichi al medico prescrittore la casella di posta elettronica certificata (PEC) o quella di posta elettronica ordinaria (PEO);
- b) comunicazione del Numero di Ricetta Elettronica con SMS o con applicazione per telefonia mobile che consente lo scambio di messaggi e immagini, laddove l'assistito indichi al medico prescrittore il numero di telefono mobile;
- c) comunicazione telefonica da parte del medico prescrittore del Numero di Ricetta Elettronica laddove l'assistito indichi al medesimo medico il numero telefonico".

³ Art. 1 - (Finanziamento aggiuntivo per incentivi in favore del personale dipendente del SSN).

1. Per l'anno 2020, allo scopo di incrementare le risorse destinate alla remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del COVID-19, i fondi contrattuali per le condizioni di lavoro della dirigenza medica e sanitaria dell'area della sanità e i fondi contrattuali per le condizioni di lavoro e incarichi del personale del comparto sanità sono complessivamente incrementati, per ogni regione e provincia autonoma, in deroga all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, dell'importo indicato per ciascuna di esse nella tabella di cui all'allegato A che costituisce parte integrante del presente decreto.

2. Per l'attuazione del comma 1 è autorizzata la spesa di 250 milioni di euro a valere sul finanziamento sanitario corrente stabilito per l'anno 2020. Al relativo finanziamento accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote

potenzia le risorse umane, le reti di assistenza territoriale e la produzione e la fornitura di dispositivi medici.

Il mese di marzo si chiude, dal punto di vista delle ordinanze ministeriali, il 22 marzo allorché una nuova ordinanza adottata congiuntamente dal ministero della Salute e da quello dell'Interno fa divieto a tutte le persone fisiche di trasferirsi o spostarsi con mezzi di trasporto pubblici o privati in comune diverso da quello in cui si trovano, salvo che per comprovate esigenze lavorative, di assoluta urgenza ovvero per motivi di salute.

L'aggiornamento dei dati quotidianamente forniti dalla Protezione civile è, alle ore 17:00 del primo aprile, il seguente⁴:

- tamponi: 541423;
- casi totali: 110574;
 - totale dei positivi: 80572;
 - pazienti ricoverati con sintomi: 28403;
 - pazienti in terapia intensiva: 4035;
 - pazienti in isolamento domiciliare: 48134;
 - dimessi/guariti: 16847;
 - deceduti: 13155.

L'inizio del mese di aprile si caratterizza per una più ragionata e meno improvvisata ricerca di soluzioni alle varie criticità emerse nell'immediatezza dello scoppio dell'epidemia (carenza di strutture di terapia intensiva, carenza di ventilatori polmonari, carenza di dispositivi di protezione individuale, carenza di personale adeguatamente formato e informato, ecc...). Iniziano così le pubblicazioni di diversi bandi per la ricerca su Covid-19 promossi dal Ministero della Salute. Si tratta di progetti che, una volta selezionati, potranno ricevere fino ad un milione di euro, dei 7 milioni complessivamente stanziati. I quesiti, cui i ricercatori sono chiamati a rispondere, approvati dalla Sezione ricerca del Comitato Tecnico-Scientifico, organo consultivo del Ministero, riguardano cinque aree di indagine: analisi dei meccanismi patogenetici responsabili dell'insorgenza del Covid-19; sviluppo di un approccio diagnostico omogeneo su base

d'accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2019 e per gli importi indicati nella tabella di cui all'allegato A.

⁴ <https://www.lastampa.it/cronaca/2020/04/01/news/coronavirus-il-bollettino-della-protezione-civile-sale-il-numero-di-contagi-700-in-piu-di-ieri-cala-il-numero-dei-morti-ma-sono-727-vittime-1.38665722>

nazionale; trattamento e Gestione del Paziente Critico affetto da COVID-19; riduzione del rischio degli operatori sanitari in ambiente ospedaliero e nella gestione domiciliare; politiche di Sanità pubblica per monitorare l'andamento dell'infezione nel tempo, l'efficacia delle misure contenitive e i fattori predisponenti l'incidenza e la mortalità, in particolare quelli presenti nei pazienti anziani e/o con multi-patologia.

Intorno a metà aprile gli organi tecnico-scientifici del governo iniziano a pianificare la nuova fase di approccio all'emergenza, la cosiddetta Fase 2, caratterizzata da un delicatissimo equilibrio costi-benefici tra rischio di essere contagiati e diritto-dovere alla mobilità personale e al riavvio delle attività economico-produttive.

Capitolo 2

Il ruolo delle ASP nelle fasi di criticità sanitaria

In questo capitolo si analizzano, dopo aver preliminarmente presentato l'organigramma e le strutture dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, quelli che sono compiti e ruoli delle Aziende sanitarie provinciali e del Sistema Sanitario Nazionale in genere, durante un'emergenza sanitaria come è quella attuale da Covid-19.

1. L'organigramma

L'organigramma è strutturato come segue:

- **Direzioni:**
 - direzione generale;
 - direzione amministrativa;
 - direzione sanitaria;

 - alle dirette dipendenze della direzione generale operano le UU.OO.CC.: Coordinamento dello Staff (UU.OO.SS.: Comunicazione ed URP, Formazione Permanente, Rischio Clinico e Qualità, Processi di Internazionalizzazione di Area Sanitaria, Internal Audit); Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali (UU.OO.SS. Programmazione e Controllo di Gestione, Sistema Informativo e Statistico); Servizio Legale; Servizio di Prevenzione e Protezione; Servizio di Psicologia (UU.OO.SS.: Servizi autonomi di Psicologia Territoriale, Servizi di Psicologia a supporto dell'Area Salute Mentale e Servizi di Psicologia a supporto dell'Area Materno Infantile);

- alle dipendenze della direzione sanitaria operano le UU.OO.CC.: Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche; Servizio Sociale Professionale; Professioni Sanitarie di Riabilitazione; Professioni Tecnico-Sanitarie; Professioni Tecniche di Prevenzione, Vigilanza ed Ispezione, le UU.OO.SS. CAVS, Educazione e promozione della Salute aziendale, Coordinamento Sale operatorie;
- alle dipendenze della direzione amministrativa operano le UU.OO.CC.: Direzione Amministrativa PP.OO. Acireale– Giarre; Direzione Amministrativa PP.OO. Biancavilla–Paternò-Bronte; Direzione Amministrativa PP.OO. Caltagirone–Militello;

2. I dipartimenti sanitari, amministrativi e i presidi ospedalieri.

2.1 – I dipartimenti sanitari.

L'ASP di Catania è organizzata secondo i seguenti dipartimenti:

- dipartimento di Prevenzione comprende le seguenti UU.OO.CC. e relative UU.OO.SS.: - Sanità Pubblica, Epidemiologica e Medicina Preventiva (UOS Coordinamento operativo delle attività vaccinali metropolitane e provinciali), Igiene Ambienti di Vita (UOS Igiene Ambientale), Igiene Alimenti e Nutrizione (UOS Sicurezza Alimentare), Prevenzione delle malattie cronico-degenerative-screening oncologici (UOS Centro Gestionale Screening), Laboratorio Medico di Sanità Pubblica, e Accreditamento;

Area Tutela della Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro - D.A 1675/2019-: UU.OO.CC. Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro (UOS Assistenza Informazione Formazione e Sicurezza Lavoro, Sanità, Epidemiologica ed Educazione alla Salute), Impiantistica ed Antinfortunistica (UOS Controllo combustioni, Sicurezza impianti e macchine); altre UU.OO.SS. di Igiene Pubblica Territoriale (N.8) per ciascun ambito distrettuale;

- dipartimento delle Attività Territoriali, Integrazione Ospedale-Territorio e Socio Sanitaria: - UU.OO.CC. Distretto Sanitario Acireale (UOS PTA Acireale); Distretto Sanitario Adrano (UOS PTA Adrano), Distretto Sanitario Bronte (UOS PTA Adrano), Distretto Sanitario Caltagirone (UOS PTA Caltagirone e Hospice), Distretto Sanitario Catania, Distretto Sanitario Giarre (UOS PTA Giarre), Distretto Sanitario Gravina di CT, Distretto Sanitario Palagonia (UOS PTA

Palagonia e SUAP), Distretto Sanitario Paternò (UOS PTA Paternò), PTA S. Luigi, PTA S. Giorgio, PTA Gravina di CT, Medicina Legale e Fiscale, Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria (UOS Rapporti con MMG, PLS, Medici Continuità Assistenziale e Medici dell’Emergenza e Integrazione Ospedale e Territorio: Monitoraggio e gestione liste di attesa – CUP Provinciale), Medicina della Migrazione e delle Emergenze Sanitarie, Coordinamento Attività Amministrativa Territoriale;

- dipartimento del Farmaco: - UU.OO.CC. Farmaceutica Ospedaliera (UOS. Farmacia PP.OO. Acireale-Giarre, Farmacia PP.OO. Biancavilla-Paternò-Bronte), Vigilanza Farmaceutica e Ispezioni, Assistenza Farmaceutica Territoriale (UOS Farmacia Territoriale Catania e Farmacia Territoriale Gravina di CT), Farmaceutica Convenzionata Monitoraggio e Farmacovigilanza, Farmacia P.O. Caltagirone;

- dipartimento di Salute Mentale: - UU.OO.CC. Modulo Dipartimentale N.1 Caltagirone-Palagonia (N. 3 UOS.), U.O.C. Modulo Dipartimentale N.2 Paternò-Adrano-Bronte (N.4 UOS.), U.O.C. Modulo Dipartimentale N.3 Catania Nord (N.2 UOS), N.4 Catania Sud (N.2 UOS), N. 5 Gravina di Catania (N.2 UOS) – Modulo Dipartimentale N. 6 Acireale-Giarre (N.3 UOS), U.O.C. Modulo Dipartimentale di Psichiatria Forense e Penitenziaria, U.O.C. Coordinamento e Controllo CTA Pubbliche e Private; - UU.OO.SS.DD. REMS, Flussi Informativi e Qualità, Centro Alzheimer e Psicogeriatría; - U.O.C.: Territoriale di Neuropsichiatria Infantile e dell’Adolescenza (UU.OO.SS. NPI Acireale, Adrano-Bronte, Caltagirone-Palagonia, Gravina, Paternò, CT1, CT2, Psicopatologia dell’adolescenza), U.O.C. Ospedaliera di Neuropsichiatria Infantile e dell’Adolescenza, UOD Autismo;

- dipartimento di Prevenzione Veterinaria: - UU.OO.CC. Sanità Animale, Igiene Alimenti di Origine Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche, Igiene Urbana Veterinaria - UU.OO.SS. Veterinaria di Acireale, Adrano-Paternò, Bronte, Caltagirone, Catania, Giarre, Gravina di CT, Palagonia e Vizzini – U.O.D.: Audit e controlli ufficiali, Piani di radicazione e anagrafe animale;

- dipartimento delle Cure Intermedie, Domiciliari e della Specialistica Ambulatoriale: UU.OO.CC. Implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e Verifica Appropriatezza, Specialistica Ambulatoriale interna ed esterna accreditata (UOS Specialistica Ambulatoriale Esterna), Coordinamento e Controllo ADI, Cure Palliative, RSA e Lungodegenza Ospedaliera, Medicina Penitenziaria;
- dipartimento della Ospedalità Pubblica e Privata: - UU.OO.CC. Direzione Medica P.O. Acireale, Direzione Medica P.O. Caltagirone, Ospedalità Pubblica e Privata (UOS N.O.C.) e N. 5 UU.OO.SS.DD: Direzione Medica di Paternò, Biancavilla, Giarre, Militello e Bronte;
- dipartimento Materno Infantile e Percorso Nascite: - UU.OO.CC. Coordinamento Territoriale Materno Infantile (UOS Medicina Scolastica e Preventiva), Ostetricia e Ginecologia P.O. Acireale, Ostetricia e Ginecologia Presidio di Base P.O. Biancavilla (UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Bronte), Ostetricia e Ginecologia P.O. Caltagirone, Ostetricia e Ginecologia P.O. Acireale (UOS Neonatologia P.O. Acireale), Pediatria Presidio di Base P.O. Biancavilla (UOS Neonatologia P.O. Biancavilla e P.O. Bronte), Pediatria P.O. Caltagirone (UOS Neonatologia P.O. Caltagirone), Salute della donna e prevenzione oncologia (UOS Screening Ginecologico);
- dipartimento di Riabilitazione: - UU.OO.CC. Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Acireale (UOS. Riabilitazione Funzionale P.O. Giarre), Recupero e Riabilitazione Funzionale DEA P.O. Caltagirone, Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Biancavilla, Handicap, Disabilità, Riabilitazione Territoriale e Protesica (UOS Disabilità Gravissima);
- dipartimento di Scienze Radiologiche: - UU.OO.CC. Radiodiagnostica DEA P.O. Acireale (U.O.S. Radiodiagnostica P.O. Giarre), Radiodiagnostica Presidio di Base P.O. Biancavilla (UOS Radiodiagnostica del P.O. Bronte e del P.O. Paternò), Radiodiagnostica DEA P.O. Caltagirone (UOS Interventistica P.O. Caltagirone), Radiodiagnostica Territoriale (UOS Screening Mammografico), Medicina Nucleare DEA P.O. Caltagirone;
- dipartimento Diagnostica di Laboratorio: - UU.OO.CC. Patologia Clinica DEA P.O. Acireale (UOS Patologia Clinica P.O. Giarre), Patologia Clinica Presidio di Base P.O. Paternò (UOS Patologia Clinica P.O. Bronte e P.O.

Biancavilla), Patologia Clinica DEA P.O. Caltagirone (UOS Anatomia Patologica Paternò) Medicina Trasfusionale DEA P.O. Caltagirone (Medicina Trasfusionale Paternò) e Patologia Clinica Territoriale;

- dipartimento di Emergenza: - UU.OO.CC. Terapia Intensiva e Pronto Soccorso Presidio di Base del P.O. Biancavilla, Terapia Intensiva, Astanteria e Pronto Soccorso P.O. Acireale, Terapia Intensiva, Astanteria e Pronto Soccorso P.O. Caltagirone, Pronto Soccorso Zona Disagiata P.O. Militello, Pronto Soccorso Presidio di Base P.O. Giarre;

- dipartimento di Medicina: - comprende N.15 UU.OO.CC., N.14 UU.OO.SS. e N. 3 UU.OO.SS.DD. nelle branche di Cardiologia, Medicina Generale, Malattie Infettive, Neurologia, Gastroenterologia, Oncologia e Lungodegenza dei presidi ospedalieri dell'ASP CT;

- dipartimento di Chirurgia: - comprende N.14 UU.OO.CC., N. 4 UU.OO.SS. e N. 3 UU.OO.SS.DD. nelle branche di Ortopedia e Traumatologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, Odontostomatologia e Stomatologia Speciale e Chirurgia Generale dei presidi ospedalieri dell'ASP CT;

2.2 - I dipartimenti amministrativi.

- dipartimento delle Risorse Umane: - UU.OO.CC. Affari Generali, Convenzioni e ALPI (UOS Convenzioni Sanitarie, ALPI), Organizzazione Aziendale e Risorse Umane Dipendenti: stato giuridico, organizzazione, programmazione e acquisizione risorse umane e relazioni sindacali (UOS Acquisizione personale dipendente, Gestione del personale dipendente), Risorse Umane Convenzionate: stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane e relazioni sindacali, Trattamento Economico e Previdenziale delle Risorse Umane Aziendali (UOS Gestione trattamento economico personale dipendente, Gestione trattamento economico personale convenzionato);

- dipartimento delle Risorse Tecnologiche e Finanziarie: - UU.OO.CC Economico Finanziario e Patrimoniale (UOS Contabilità generale e analitica e Patrimonio), Tecnico (UOS Manutenzione e gestione del patrimonio, Energy management), Provveditorato (Acquisti beni e Acquisti servizi), Gestione Informatica dei Servizi e UOSD Ingegneria Clinica.

2.3 - I presidi ospedalieri.

I Presidi Ospedalieri (P.O.) afferenti l'ASP di Catania e alle dipendenze della Direzione Sanitaria sono infine i seguenti:

- P.O. Acireale - Giarre
- P.O. Paternò – Biancavilla - Bronte
- P.O. Caltagirone – Militello

L'organigramma completo è riportato in allegato "A" di cui alla deliberazione n.56 del 30.01.2020.

2.4 - Il dipartimento delle attività territoriali, integrazione ospedale territorio e socio-sanitarie.

Il dipartimento viene istituito al fine di garantire attività di prevenzione, sostegno e presa in carico del singolo lungo tutto il suo ciclo di vita. È compito precipuo del dipartimento favorire l'appropriatezza e l'equità delle prestazioni e una integrazione delle attività ospedaliere, territoriali e socio-sanitarie.

Il dipartimento è di tipo funzionale e gestisce tutte quelle attività dell'area delle cure primarie che si realizzano nell'ambito dell'assistenza distrettuale. In tali ambiti rientrano anche anziani, soggetti di ogni tipologia di età che si trovano in condizione di parziale o totale non autosufficienza o affetti da patologie cronico-degenerative, minori in situazione di disagio, con particolare attenzione ai cittadini che si trovano in condizioni di indigenza, di difficoltà relazionali e di disagio sociale anche secondo quanto indicato negli atti di indirizzo dell'assessorato regionale alla salute.

Il dipartimento assicura l'integrazione delle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario con quelle socio-assistenziali gestite dagli enti locali, orientando e promuovendo il raccordo tra interventi pubblici e privati (restano a carico degli enti locali e del terzo settore i servizi sociali).

Il dipartimento fornisce indirizzi ai distretti sanitari e alle strutture di competenza per la ottimizzazione dei procedimenti nell'ambito socio-sanitario e per l'uniformità delle procedure amministrative distrettuali. Attraverso i distretti promuove, anche attraverso i MMG, le attività degli screening oncologici partecipando agli obiettivi aziendali di adesione; assicura l'offerta del primo livello degli screening alla popolazione target di

competenza coordinandosi con il dipartimento materno-infantile (ginecologico), con il dipartimento delle scienze radiologiche (mammografico), con il dipartimento di medicina (colon).

Il dipartimento costituisce il punto di riferimento della rete dei servizi territoriali quale collegamento costante con le strutture ospedaliere aziendali oltre che per le aziende ospedaliere ed ospedaliero della provincia di Catania e i servizi sociali comunali.

L'azienda per tenere conto del fenomeno dei flussi migratori, in costante incremento, ai sensi del D.A. n. 2183 del 17/10/2012 ("Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri della Regione Sicilia") con la quale con il quale la Regione Sicilia prevede una rete regionale dei servizi sanitari in un processo di integrazione territorio/ospedale, istituisce l'unità operativa complessa "Medicina della migrazione e delle emergenze sanitarie" che coordina le due principali aree di azione e di pronto intervento: assistenza sanitaria agli sbarchi e assistenza sanitaria per i migranti che, completate le operazioni in banchina, restano nel territorio provinciale per varie motivazioni (e, fra questi, i migranti minori non accompagnati).

Tale struttura garantisce le attività sanitarie di prima assistenza nei luoghi dello sbarco, assicurando l'assistenza sanitaria di base, anche con la collaborazione delle Onlus, provvede anche all'eventuale inoltro all'assistenza ospedaliera, ove necessario, anche in overbooking, e coordina tutte le attività relativamente alle competenze di Sanità Pubblica Veterinaria, Medicina Legale e Polizia Mortuaria, Igiene e Sanità Pubblica, Farmaceutica, Servizio di psicologia e Servizio sociale, Servizio di epidemiologia e vaccinazioni.

Oltre alla descritta attività connessa ai flussi migratori, la U.O.C. Medicina della migrazione e delle emergenze sanitarie avrà competenza su tutti gli aspetti relativi alla Gestione delle Grandi Emergenze Sanitarie e particolarmente:

- gestione dei rischi per la salute umana dei soggetti fragili connesse alle ondate di calore;
- gestione e coordinamento dei Piani di intervento sanitario connesso a rischio sismico;
- gestione dei piani di sicurezza per la salute umana connessi alle strutture a rischio presenti nel territorio;
- interventi per la gestione la bonifica di ordigni residuati bellici;

- interventi per la predisposizione di piani di sicurezza sanitaria e grandi eventi sociali e convention internazionali;
- periodiche esercitazioni, per testare gli specifici piani di intervento in raccordo con le preposte autorità civili e militari;
- istruzione e aggiornamento del personale sugli specifici argomenti.

Nell'ambito del dipartimento è prevista la U.O.C. “Coordinamento attività amministrative territoriali”, diretta da un dirigente amministrativo (in corso di nomina), che svolge funzioni di gestione di tutti gli aspetti di carattere giuridico amministrativo e legale di livello dipartimentale, di gestione delle risorse umane e strumentali del dipartimento, di gestione degli ordini, delle liquidazioni, del patrimonio e degli approvvigionamenti di gestione dei fondi e relativa rendicontazione dei progetti, di pianificazione e controllo di gestione. Tale U.O.C. ha personale proprio e alla stessa afferisce altresì, funzionalmente, tutto il personale amministrativo del dipartimento che ne cura la corretta allocazione, d'intesa con il capo dipartimento.

2.5 - Il commissariamento dell'ASP Catania.

Il 7 maggio, con Decreto n.380, l'Assessore alla Salute della Regione Sicilia ha provveduto a nominare un commissario ad acta, durante il periodo emergenziale da Covid, con finalità di affiancamento e supporto al Direttore del Dipartimento di Prevenzione, al Direttore del Dipartimento di Sanità Territoriale e ad ogni altro Direttore di struttura preposta o connessa alla gestione dell'emergenza sanitaria.

La durata dell'incarico commissariale corrisponde a quello dello stato di emergenza dichiarato dal consiglio dei ministri in data 31 gennaio 2020, ovvero corrisponde a un periodo di sei mesi ed avrà, salvo proroghe, la sua naturale scadenza il 31 luglio 2020.

Il commissario ad acta, nell'espletamento del suo incarico, può avvalersi di tutti gli uffici dell'ASP di Catania e del suo personale.

3. I laboratori di immunologia e microbiologia clinica.

3.1 – Test sierologici e test molecolari.

I test sierologici (o test anticorpali) sono una categoria di test da cui è possibile dedurre se un individuo è stato contagiato da un determinato agente patogeno e, in caso positivo, se ha superato l'infezione. Ciò grazie agli anticorpi, o meglio alle immunoglobuline (di tipo A, di tipo G e di tipo M)⁵.

I test sierologici sono di varia natura ma, in prima istanza, possono essere classificati in:

- test rapidi (o qualitativi): si basano su tecniche di immunocromatografia, danno risposta in circa 15 minuti ma sono poco precisi;
- test quantitativi: si basano sulla chemiluminescenza e sull'Elisa, sono più complessi e più costosi ma anche più precisi.

I test molecolari (cui si riferisce il noto tampone) sono stati oggetto di una nota chiarificatrice da parte del Ministero della Salute. La circolare fornisce informazioni sull'uso dei test molecolari rapidi CE-IVD e/o EUA/FDA: “basati sulla rilevazione dei geni virali direttamente nelle secrezioni respiratorie” tali test “permetterebbero di ottenere risultati in tempi brevi” (caratteristica di primaria importanza nel caso in cui la diagnosi di infezione da nuovo coronavirus assuma carattere di urgenza). La circolare, naturalmente, puntualizza che la diagnosi molecolare per casi di infezione da SARS-CoV-2 va eseguita presso i laboratori di riferimento regionali e laboratori aggiuntivi individuati dalle Regioni.

3.2 – Tamponi effettuati dall'ASP Catania.

Nel capitolo 1 si è fatto cenno alla simbolica ondata dell'assalto ai treni del 7 marzo, in cui centinaia di persone (studenti, lavoratori, stagionali, precari) cercarono di abbandonare la Lombardia prima che le misure restrittive alla mobilità personale avessero effetto.

⁵ Le IgA si trovano tipicamente sulle mucose (ad esempio quelle respiratorie) e difendono l'organismo da future infezioni. Le IgG, che cominciano a circolare nel sangue circa una settimana dopo il contagio, rappresentano la prova che il virus è stato sconfitto dalle difese immunologiche. Le IgM, infine, rappresentano una sorta di memoria storica dei vari agenti patogeni che hanno attraversato l'organismo nel tempo.

Questo tentativo da parte di molti siciliani di rientrare è stato naturalmente continuo nel tempo con alcuni casi maggiormente eclatanti e molti altri molto più silenziosi.

Il protocollo per tutti i rientri “regolari” prevedeva l’esecuzione di tamponi, al termine del periodo obbligatorio di auto isolamento, a tutti i cittadini rientrati nelle varie province siciliane da parte delle ASP territorialmente competenti.

Alla data del 17 aprile i tamponi complessivi eseguiti nella provincia di Catania sono stati 2.651 (e soltanto l’1% di questi è risultato essere positivo)⁶. Il ruolo dell’ASP è stato prioritariamente quello di eseguire i tamponi (processati dai laboratori privati autorizzati) da parte del Dipartimento Attività Territoriali per i soggetti rientrati da fuori regione o dall’estero e da parte del Dipartimento di Prevenzione nel procedere ai tamponi di verifica (quest’ultimi processati dall’Azienda Ospedaliera Policlinico Vittorio Emanuele di Catania) per i soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria in quanto già contagiati o sospetti di contagio. A ciò si aggiunge l’impegno dell’ASP di coordinare e di tenere aggiornata la banca dati.

4. Le terapie intensive presso l’ASP CT e le Aziende Ospedaliere della provincia.

La terapia intensiva rappresenta il reparto capofila nella lotta a qualsiasi tipo di infezione nonché uno tra i più delicati e tecnologicamente critici reparti di tutto lo scenario ospedaliero: la delicatezza dipende dall’elevata complessità e criticità dei pazienti che in essa transitano (paziente critico è colui che difetta di uno o più organi e/o che necessita dell’intervento delle macchine per essere tenuto in vita); la criticità tecnologia dipende dalla vitale importanza che le tecnologie biomediche assumono al suo interno.

Al momento della redazione del presente capitolo, i dati più aggiornati per la provincia di Catania sono i seguenti⁷:

- positivi: 691;
- ricoverati: 82;
- guariti: 240;
- deceduti: 90.

Degli 82 ricoverati, 15 sono stati sottoposti a terapia intensiva.

⁶ <https://www.lasicilia.it/news/covid-19/335876/coronavirus-asp-catania-completa-tamponi-a-rientrati-entro-il-3-aprile.html>

⁷ <https://www.lasicilia.it/news/covid-19/340065/coronavirus-in-sicilia-il-quadro-nelle-nove-province.html>

5. Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale.

Con delibera n. 331/2020 sono state istituite presso l'ASP di Catania le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (acronimo USCA).

La loro istituzione rientra nella cornice definita dal decreto legge n. 14/2020 avente a oggetto "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19" e dalla nota dell'Assessorato Regionale della Salute prot. 16449/2020 avente ad oggetto "Emergenza COVID-19 – Istituzione Unità Speciali di Continuità Assistenziale".

Le USCA sono uno strumento di gestione dell'emergenza attraverso cui vengono monitorati tre tipologie di pazienti: i pazienti affetti da Covid-19 in isolamento domiciliare per i quali non è necessario ricovero in Ospedale; i pazienti in isolamento domiciliare con possibile infezione da Covid-19, perché contatti stretti o provenienti da zone a rischio; i pazienti ricoverati per Covid e dimessi dai Presidi Ospedalieri. Anche i casi sospetti rientrano nell'ambito di intervento delle USCA.

Il personale entrato a far parte delle USCA è stato selezionato tramite avviso pubblico: i candidati risultati idonei (molti dei quali giovani medici) hanno svolto una opportuna attività di formazione sulle misure di prevenzione, sull'uso dei dispositivi di protezione individuali, sulle modalità di esecuzione e sulla gestione dei tamponi nonché sulle tematiche cliniche inerenti alla specifica patologia.

6. L'indagine di sieroprevalenza sul Covid-19.

In data 19/05/2020 giunge presso l'ASP l'importante comunicazione avente ad oggetto l'indagine di sieroprevalenza sul Covid-19 condotta dal Ministero della Salute e dall'ISTAT.

Si tratta di uno studio mirato a determinare la proporzione di persone nella popolazione che ha sviluppato una risposta anticorpale rispetto a determinanti antigenici di SARS-CoV-2. Nello specifico, lo studio si propone di caratterizzare le differenze di prevalenza tra i generi, le fasce d'età, l'impatto della localizzazione geografica e della presenza di attività economiche, al fine di comprendere le caratteristiche epidemiologiche nelle varie aree del Paese e per fornire importanti elementi sia per lo studio della

patogenesi dell'elemento virale che per l'identificazione di coorti target di possibile vaccinazione.

Trattandosi di uno studio sullo stato di salute di un campione di individui, tale esigenza epidemiologica deve ben integrarsi con l'esigenza opposta: la salvaguardia dei dati sensibili, ai sensi e per gli effetti della legge sulla privacy.

Il ruolo delle ASP in tale ricerca è quello di fornire informazioni agli assistiti campionati, di monitorare (per la propria competenza) l'indagine e di fornire informazioni sui campioni.

7. Le piattaforme telematiche degli esiti dei tamponi.

Dall'inizio della pandemia e fino alla Fase 2 si susseguono diverse direttive nazionali e regionali in materia di ricorso ai test molecolari (il cosiddetto tampone rino-faringeo) per l'individuazione dei positivi al Covid-19. In tale scenario è fatto obbligo per le ASP sedi di laboratori accreditati per esecuzione di tale tipologia di test l'inserimento dei nuovi positivi all'interno del sistema di sorveglianza nazionale ISS definito il 27 febbraio 2020 con apposita ordinanza della protezione civile.

L'ultima direttiva in ordine temporale (ultima in riferimento alla data di stampa del presente lavoro) riguarda il ruolo e i compiti dell'ASP nella gestione degli esiti dei test per via telematica⁸.

⁸ Si utilizza il portale <https://www.qualitasiciliassr.it>.

Capitolo 3

Modelli teorici e documentazione aziendale

Nella visione popolare, la pubblica amministrazione ha un orientamento di tipo burocratico-amministrativo accompagnato da una scarsa attenzione all'efficacia, all'efficienza, alla qualità, al rispetto dei cittadini/clienti: ciò ha inevitabilmente compromesso, nel corso dei decenni, l'immagine dell'intero settore, etichettandolo in maniera estremamente negativa. Per molto tempo, l'area pubblica è stata giudicata parassitaria ed inefficiente, probabilmente anche a causa dell'assenza di una cultura capace di introdurre strumenti e tecniche gestionali innovative.

Largamente impiegata nel settore privato, l'analisi di Customer Satisfaction è una metodologia d'indagine che, sempre più spesso, trova discreta diffusione e applicazione anche nel settore pubblico. Anche in ambito sanitario, dunque, è stata adottata la sperimentazione di modelli gestionali propri delle imprese operanti sul libero mercato, seppur con le precisazioni di seguito riportate.

Non risulta confermabile, quantomeno nel campo sanitario, la relazione d'uguaglianza tra mercato ed efficienza: similmente, risulta inattendibile l'assunto per cui l'introduzione della competizione economica (sia tra pubblico e privato, che tra privato e privato) e l'assenza di ogni monopolio rappresentino un giovamento per i *consumatori della Salute*. Il meccanismo competitivo del libero mercato, infatti, rende giustizia al consumatore solo in determinate tipologie di attività economica, mentre produce un *effetto perverso* per tutti quei tipi di servizi in cui la qualità è elemento essenziale.

Questo effetto perverso si spiega nel modo seguente. Rispetto ai beni e servizi essenziali prodotti in un contesto di monopolio pubblico, l'unico modo che i consumatori hanno per esprimere la propria insoddisfazione è l'uso della protesta (generalmente il voto), mentre per i beni e servizi non essenziali prodotti in un contesto di concorrenza privata il tipico meccanismo per esprimere l'insoddisfazione è l'uscita da un dato mercato (ad esempio mediante la vendita di azioni) e l'inserimento in uno differente. L'introduzione di un competitore privato di beni e servizi essenziali nel mercato monopolistico pubblico, anziché incentivare l'operatore pubblico ad una maggiore efficienza (in modo da non fargli perdere clienti), si limita a sottrargli proprio quei consumatori che, in assenza di alternative, grazie ai loro adeguati mezzi finanziari, avrebbero invece fatto sentire più forte la propria voce. Per mancanza di stimoli da parte degli utenti "*qualificati*" il sistema pubblico quindi decade, e le sue ormai modeste prestazioni rimangono appannaggio di quei segmenti di popolazione che non hanno sufficienti risorse per rivolgersi al mercato privato⁹.

Da quanto appena esposto, si evince immediatamente come una semplice contrapposizione tra enti pubblici ed enti privati, a fronte del medesimo servizio, potrebbe avere effetti negativi sulla qualità e sull'universalità del servizio sanitario offerto. E nemmeno l'ipotesi estrema della totale privatizzazione risolverebbe il problema: laddove, infatti, il sistema privato è largamente dominante, esso si caratterizza, oltre che per i processi di esclusione sociale che genera, anche per lo scarso rapporto qualità/prezzo di quel che offre.

1 - I tre principi del Customer Satisfaction management.

Il customer satisfaction management si basa su tre principi fondamentali:

1. principio di massimizzazione dei punti di contatto tra dirigenza/management e amministrativi/sanitari che, in un caso di emergenza quale il Covid-19, sono certamente la formazione in servizio, la rimodulazione degli orari di servizio, la completa flessibilità in materia di smart working;
2. principio di misurazione regolare, quantitativa e completa: il rischio di soggettivizzare le domande presenti in un questionario o di scegliere un

⁹ Cfr. Hirschman A., "*Lealtà, defezione, protesta*".

campione non significativo dell'intera popolazione di lavoratori aziendali o, ancor peggio, di redarre delle domande guidate volte a far convergere il questionario alle conclusioni desiderate, si minimizza solo e soltanto con un approccio statisticamente ben regolato, quantitativamente sufficiente a poter ritenere valide tutte le inferenze statistiche successive e completo dei principali aspetti inerenti la tipologia aziendale;

3. principio di leadership dei dirigenti: costoro devono essere i primi e più informati conoscitori dell'esito di una qualsiasi ricerca interna sulla **custode** satisfaction in modo da poter rapidamente adottare le eventuali contromisure volte alla salvaguardia del benessere del clima lavorativo.

Relativamente al punto primo, come si vedrà nel capitolo successivo, dal questionario somministrato ai dipendenti è possibile evincere il livello di soddisfazione dei lavoratori aziendali in merito alle scelte strategico-operative adottate durante la pandemia.

Relativamente al secondo punto, il questionario contiene alcune domande fondamentali nella determinazione della propensione, da parte del personale interno, alla positiva accettazione di tutto quanto disposto dal management.

Relativamente infine al terzo punto, il questionario – sebbene nasce e viene affrontato dai colleghi più come un momento astratto e accademico – è stato patrocinato dalla stessa dirigenza che, anzi, si è mostrata decisamente interessata a conoscere e valutarne i risultati.

2 - Efficienza ed efficacia.

La scarsità delle risorse, suscettibili di usi alternativi, impone spesso una scelta decisiva: in tale contesto, l'aspetto economico del processo decisionale suggerisce di preferire l'alternativa più efficiente.

2.1 - Efficienza operativa e allocativa.

L'**efficienza** è la capacità di utilizzare in modo ottimale le risorse per il raggiungimento di un determinato obiettivo. A tal fine essa mette in relazione i risultati ottenuti con le risorse

impiegate. In campo sanitario essa è finalizzata soprattutto a confrontare diverse strategie di intervento.

Da sottolineare immediatamente è però la distinzione tra scelte che riguardano l'*efficienza allocativa* e scelte che riguardano l'*efficienza operativa*:

- nel caso dell'*efficienza allocativa* si vuole giudicare se vale la pena di intraprendere un'attività;
- nel caso dell'*efficienza operativa* si vuole, invece, determinare il modo migliore con il quale un'attività può esplicarsi.

Le regole dell'efficienza allocativa indicano di intraprendere un'attività se i benefici sono superiori ai costi, e di sospenderla nel caso opposto: l'insieme delle tecniche che possono essere utilizzate è individuato dalla *cost-benefit analysis* (CBA).

Le regole dell'efficienza operativa determinano invece una modalità di attuazione di un'azione se questa garantisce il minor costo per un dato livello di output, ovvero il massimo output per un certo livello di risorse: le tecniche sono quelle della *cost-effectiveness analysis* (CEA) e della *cost-utility analysis* (CUA).

Le decisioni prese utilizzando criteri di efficienza allocativa influenzano, più o meno direttamente, le decisioni da prendere in base all'efficienza operativa. Tuttavia i problemi di identificazione e di quantificazione di costi e risultati per le due metodologie sono in gran parte simili, mentre i ruoli che queste possono assumere nei processi decisionali sono diversi: l'efficienza allocativa implica quella operativa, mentre non è vero il viceversa.

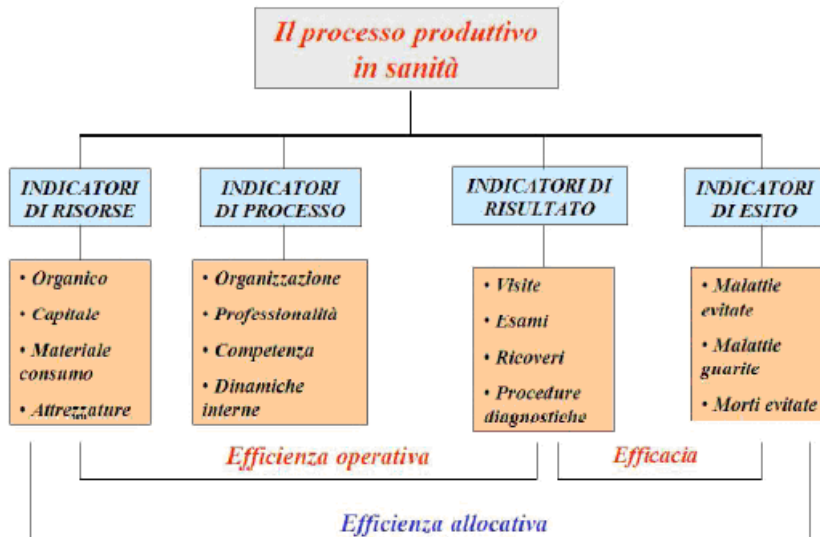
2.2 - Efficacia teorica e pratica.

L'**efficacia** é la capacità dimostrata nel realizzare gli obiettivi: essa confronta i risultati ottenuti con gli obiettivi prefissati. È necessario distinguere tra l'*efficacia teorica* (*efficacy*) e l'*efficacia pratica* (*effectiveness*):

- con il primo termine si intende la capacità di un intervento di raggiungere un determinato obiettivo in condizioni "ideali";

- con il secondo si intende invece far riferimento alla situazione reale.

Quest'ultimo tipo di efficacia è quella che normalmente viene valutata.



3 - Qualità e soddisfazione.

Nella tradizionale idea della customer satisfaction il concetto di qualità, per molto tempo, si è basato sull'adeguamento dei reparti produttivi alle norme standard (norme tanto di prodotto quanto di processo); tale approccio ha però di recente lasciato il campo all'idea di qualità quale mezzo per ottenere la soddisfazione del cliente e, di conseguenza, la sua fedeltà (un cliente fedele, oltre a tornare, genera nuovi clienti).

Nonostante questo lavoro non tratti in maniera prioritaria la clientela esterna all'azienda ma soltanto quella interna, la precedente visione di qualità intesa come adeguamento dei vari uffici alle norme standard di processo può essere assunta quale metro di confronto tra livello qualitativo aziendale e soddisfazione dei lavoratori impiegati.

3.1 - Il modello dei gap della qualità del servizio.

Un modello diffuso in letteratura che permette di individuare le cause del divario tra la prestazione attesa e quella percepita, ovvero tra ciò che l'utente finale desidera e ciò che ritiene di ricevere, è il modello dei gap, ideato e proposto da Zeithaml, Parasuraman e

Berry. Una volta misurato tale divario, compito dell'azienda è quello di tentare di ridurlo il più possibile.

In altre parole, il modello si fonda sul presupposto che l'utenza **aneli** ad un servizio per soddisfare un proprio bisogno e, di conseguenza, l'offerta presente sul mercato può rispondere, in maniera più o meno esauriente, alle sue esigenze. In tale modello i fattori che influenzano le scelte dell'utenza sono tre:

- il passaparola (suggerimenti di amici, parenti, conoscenti, ecc...);
- l'esperienza passata (ovvero l'essersi trovati bene con una azienda);
- le esigenze personali (mutevoli l'evolvere del tempo e delle valutazioni soggettive).

Il modello dei gap si basa sull'analisi di cinque scostamenti:

- il gap del cliente: è definito come la differenza tra le aspettative e le percezioni dell'utenza, dove per aspettative dell'utenza si intendono gli standard che la medesima ha circa l'esperienza di servizio, mentre per percezioni dell'utenza si intendono le valutazioni soggettive in merito alle effettive esperienze di servizio;
- gap di ascolto: si riferisce alla capacità dell'azienda di dare ascolto all'utente per conoscerne le aspettative ed è generato sia da un orientamento inadeguato alle ricerche di marketing che, soprattutto, alla mancanza di comunicazione;
- gap di progettazione del servizio e di definizione degli standard: esprime la necessità di una chiara e ben definita strategia aziendale per la qualità e per la condivisione degli obiettivi ed è generato da un modello gestionale inadeguato e dall'assenza degli standard richiesti dall'utenza;
- gap di performance: è definito come la discrepanza tra lo sviluppo di standard di servizio attesi dall'utenza e la performance erogata in realtà dalla direzione aziendale ed è originato sia da carenze nelle politiche di gestione delle risorse umane che da mancata integrazione tra domanda e offerta;
- gap di comunicazione: si verifica ogni qualvolta non avviene il corretto trasferimento all'utenza delle informazioni necessarie affinché questa assimili e maturi la piena consapevolezza della mission aziendale.

4. Le sfide ambientali e l'innovazione del Customer Satisfaction Management.

Similmente a tutti gli organismi viventi, anche il CS Management deve adattarsi, trasformarsi e innovarsi se vuole sopravvivere all'ambiente in cui opera.

Innovare il management è un processo poliedrico, che ricomprende un ampio ventaglio di possibilità e di combinazioni. Tentando una sommaria classificazione, si può affermare che tre sono le dimensioni fondamentali entro cui si ha, naturalmente in tempi medio-lunghi (dell'ordine di alcuni anni), innovazione del CS Management:

- l'innovazione di prodotto;
- l'innovazione di processo;
- l'innovazione mentale ai nuovi comportamenti e scenari dell'utenza.

L'arrivo di una emergenza, lo stravolgimento nel modo di intendere i rapporti sociali e lavorativi, la paura di essere vettore di contagio o, peggio, vittima di contagio virale non può attendere questi tempi così lunghi: l'innovazione, soprattutto di processo, deve avvenire in tempi assai celeri.

5. Il DVR aziendale quale pilastro dell'innovazione di processo.

Il documento fondamentale di qualunque azienda, pubblica amministrazione, luogo di lavoro in genere è il DVR (documento di valutazione dei rischi), da compilare a cura del datore di lavoro con l'ausilio, non obbligatorio, di un tecnico specializzato (RSPP – Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione). La non obbligatorio discende dal fatto che il datore di lavoro, qualora abbia le competenze tecniche richieste dalla normativa, può esso stesso, in prima persona, svolgere tale mansione.

L'emergenza da Covid-19 ha acceso un vivo dibattito, in tutti i luoghi di lavoro, tra lavoratori e tecnici relativamente all'opportunità e all'obbligo o meno di modificare tale documento a seguito della pandemia. La risultante di tutte le considerazioni messe in campo ha portato ad una conclusione direttamente correlata alla differenza tra rischio generico e rischio specifico.

Tale distinzione è fortemente influenzata dal contesto lavorativo, nel senso che quello che in un certo ambiente di lavoro è classificato come rischio generico, in un altro ambiente di lavoro è classificato come rischio specifico. Si pensi ad esempio al rischio di ustione: in un ufficio di servizi di compravendita esso è classificato certamente come

rischio generico (l'incidente non è legato al contesto lavorativo ma a un non corretto e non prevedibile comportamento da parte del lavoratore)

6. Gli step per l'innovazione nel Customer Satisfaction Management.

È possibile suddividere, sotto il profilo accademico, il processo di innovazione del CS management in cinque momenti fondamentali:

Step 1 – Ridefinizione dei principi fondamentali del CS management. I principi fondamentali del CS management sono essenzialmente tre: massima attenzione ai punti di contatto con l'utenza; misurazione periodica, quantitativa e completa; leadership dei dirigenti e dei manager. Si tratta di un processo che, esaminando il modo di pensare, i principi di base, le convinzioni che il management ha tenuto nei confronti dei servizi erogati della propria azienda per conseguire la soddisfazione dell'utenza, analizza e codifica abitudini e consuetudini al fine di modificare e aggiornare le procedure fino a quel momento adottate.

Step 2 – Definizione di un sistema di misurazione del grado di soddisfazione dei clienti e analisi delle misurazioni. Alla definizione dei principi base, segue l'individuazione dei punti di contatto tra l'utenza e la propria azienda. È in ciascun punto di contatto che viene redatto un programma di misurazione (attraverso indagini, questionari, interviste, ecc...) del grado di soddisfazione dell'utenza. Raccolti i dati, li si organizzano in tabelle semplici, a doppia entrata, ecc... e si analizzano i risultati ottenuti: le criticità emerse vengono affrontate con opportune misure in modo da migliorare la soddisfazione globale.

Step 3 – Miglioramento e rinnovamento dei prodotti e servizi. Con cadenza periodica (solitamente annualmente) si elabora un programma di miglioramento dei servizi nel quale si discute e si decide circa l'ordine di priorità tra gli aspetti importanti da tenere in considerazione in materia di soddisfazione dell'utenza.

Step 4 – Valutazione dei risultati del miglioramento attuato ed eventuali contromisure. Con cadenza periodica viene ripetuta la misurazione del livello di soddisfazione globale, in modo da valutare se il miglioramento e il rinnovamento sono stati o meno efficaci. Se il livello raggiunto è insufficiente si ragiona in ottica conservativa (continuare ancora nell'azione) o innovativa (apportare modifiche alle azioni intraprese); se esso è invece sufficiente si passa allora ad affrontare la sfida di un nuovo scenario. In

questo modo, grazie alla ciclicità del processo di valutazione, si accresce in maniera sistematica e continua il grado di soddisfazione globale.

Step 5 – Rinnovamento del clima nelle aziende. I valori condivisi e le sane abitudini comportamentali non sono dati di fatto ma, di contro, sono il risultato di un lungo processo di informazione e formazione rivolto all'utenza nel tempo. Il clima aziendale, dunque, è fortemente correlato al livello di condivisione delle azioni formative e informative adottate dal management (si pensi, relativamente al tema della sicurezza aziendale, al significato della partecipazione attiva dell'utenza nella redazione e nelle modifiche al DVR).

7. Definizione di servizio (pubblico).

Per soddisfare i bisogni collettivi le amministrazioni pubbliche rispondono erogando i cosiddetti servizi collettivi. Ciascun servizio pubblico può essere visto come la risposta ad un bisogno manifestato dalla popolazione attraverso una domanda espressa in modo sociale. In altre parole, il cittadino-utente sente un bisogno e lo esprime attraverso una domanda: l'aggregazione delle molteplici domande individuali individuano la domanda sociale.

L'istituzione, dinanzi a tale domanda sociale, organizza in maniera opportuna i fattori che producono la relativa offerta.

L'incontro tra domanda e offerta dà luogo al servizio richiesto dall'utenza ed erogato dall'istituzione. Il servizio può essere pertanto definito come un bene o una prestazione regolati mediante un controvalore.

Esistono molteplici tipologie di servizi (dalle assicurazioni ai prodotti finanziari, dai trasporti e alle comunicazioni, dalle vendite all'ingrosso e al dettaglio all'alloggio e ai cibi, dal tempo libero agli ospedali e alle scuole, dai servizi per le imprese ai servizi per la casa, ecc....). In prima istanza i servizi si possono classificare nel seguente modo:

- a titolo gratuito (o semigratuito): si tratta di servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni, cioè da istituzioni che a titolo principale producono servizi non destinati alla vendita e finanziati con prelevamenti di natura obbligatoria su altre unità del sistema economico;
- a corrispettivo tariffario: si tratta di servizi erogati da amministrazioni pubbliche oppure da privati, per i quali il fine di lucro non può essere

predominante e per i quali viene però pagato un corrispettivo economico di tipo tariffario;

- a corrispettivo in senso stretto: si tratta di servizi erogati da amministrazioni pubbliche o private in cui la redditività dell'attività può essere considerata prioritaria pur rimanendo necessario garantire il servizio alle fasce meno abbienti della popolazione.

Le caratteristiche essenziali di un servizio sono:

1. Immaterialità / invisibilità: a differenza di un prodotto, un servizio è un articolo commerciale immateriale e invisibile e, in quanto tale, il management deve affrontarlo con una sensibilità diversa rispetto ai prodotti (materiali e visibili);

2. Simultaneità tra produzione e consumo: essendo di natura immateriale, nel servizio c'è contemporaneità tra la sua produzione e il suo consumo. Pertanto, essendo offerto dal fornitore nello stesso momento in cui viene fruito dall'utenza, per il servizio non ha significato alcuno il concetto di scorta;

3. È dipendente dalle persone: a differenza di un prodotto, quasi sempre identico a se stesso (per via di macchinari e impianti che producono per serie), un servizio non è mai identico a un altro (essendo fortemente legato alla componente umana).

8. Il modello delle 5 P.

Un qualunque servizio, per essere efficace, non può non considerare la necessità di articolare la gestione interna della qualità in fasi. Il modello delle 5 P si struttura in cinque sottosistemi:

1. Qualità Prevista (o attesa);
2. Qualità Progettata;
3. Qualità Prestata, (o erogata);
4. Qualità Percepita;
5. Qualità Paragonata.

Nella qualità prevista conta ciò che cosa desidera l'utenza. Di essa si cerca di individuarne da una parte i bisogni impliciti (quelli che l'utenza sa di volere, ma che non esprime in quanto ritenuti ovvi), i bisogni espliciti (quelli chiaramente espressi dall'utenza)

e i bisogni latenti (quelli che la stessa utenza non sa di volere) e, dall'altra parte, i criteri di valutazione da essa utilizzati per l'individuazione della qualità del servizio.

Nella qualità progettata ci si concentra sul che cosa si vuole dare e come lo si vuole dare. L'analisi è tutta focalizzata all'interno del management aziendale, laddove si definiscono le componenti caratteristiche del servizio, coerentemente a quanto previsto/atteso dall'utenza.

Nella qualità prestata ci si focalizza su che cosa si eroga veramente. L'analisi è ancora una volta focalizzata nella gestione dei processi all'interno del management aziendale. Tale parametro si utilizza per confrontare le prestazioni effettivamente erogate dal sistema in rapporto agli standard definiti.

Nella qualità percepita il focus riguarda il che cosa l'utenza ritiene di ricevere. Si confrontano direttamente le prestazioni fornite dall'azienda con i bisogni e le attese proprie dell'utenza. Quest'ultima, in pratica, compara ciò che ha ricevuto con il suo grado di soddisfazione sia a livello globale che analitico, con riferimento ai singoli fattori di qualità.

Nella qualità paragonata ci si focalizza sul come e dove la qualità si differenzia rispetto a quella rinvenibile in altre aziende dello stesso settore.

9. Valutare la qualità: il modello di Parasuraman.

Ideato da Parasuraman, Zeithaml e Berry il modello del SERVQUAL è uno strumento di ricerca multidimensionale che si basa sul confronto tra le aspettative e le percezioni di un dato servizio.

La multidimensionalità è dovuta al fatto che il modello si basa su dieci fattori determinanti nella qualità dei servizi. Tali fattori sono al loro volta riconducibili a cinque dimensioni:

1. aspetti tangibili;
2. affidabilità;
3. capacità di risposta;
4. capacità di rassicurazione;
5. empatia.

10. Il modello di Valdani-Busacca.

Se nel corso del tempo l'insoddisfazione dell'utenza permane a livelli di guardia, il management d'azienda è destinato a dover fare i conti con un drastico peggioramento della qualità dei servizi erogati. Al fine di identificare e rimuovere le possibili cause di insoddisfazione dell'utenza, il modello di Valdani-Busacca verifica la consonanza esistente tra la qualità pianificata dal top management e quella desiderata dall'utenza, ovvero gli obiettivi di qualità percepiti dal personale aziendale e la qualità del servizio offerta al mercato (Valdani e Busacca, 1992).

L'analisi della Customer Satisfaction è fondata, in base a questo modello, sulla verifica della corrispondenza esistente tra diverse prospettive del concetto di soddisfazione:

- soddisfazione pianificata (obiettivi di soddisfazione della clientela pianificati dal management aziendale);
- soddisfazione desiderata (il livello di soddisfazione desiderato dal cliente);
- soddisfazione recepita (gli obiettivi di soddisfazione della clientela percepiti dal personale aziendale);
- soddisfazione percepita (il livello di soddisfazione percepito dal cliente);
- soddisfazione offerta (il livello di soddisfazione effettivamente offerto dall'azienda).

In base a questo modello, Valdani e Busacca individuano e definiscono otto classi di scostamento o gap tra le suddette tipologie di soddisfazione:

- gap di sintonia;
- gap di valore;
- gap di percezione;
- gap di allineamento;
- gap di progettazione;
- gap di realizzazione;
- gap di coinvolgimento;
- gap di consonanza.

Il gap di sintonia si manifesta nel momento in cui l'azienda, nel definire le caratteristiche del proprio core business, prescinde dalla ricerca di una sintonia tra la soddisfazione pianificata dal management e quella desiderata dai consumatori. Tale gap può discendere da tre differenti tipologie di cause:

- le esigenze altamente differenziate impongono all'impresa di sviluppare nuove capacità per segmentare più specificatamente e creativamente il mercato;
- l'utenza esprime con difficoltà i propri bisogni, e quindi diviene necessario dedicare notevoli risorse alla loro osservazione sistematica e al loro ascolto attivo nella ricerca di soluzioni reciprocamente vantaggiose;
- l'utenza manifesta aspettative via via crescenti, alle quali l'azienda può positivamente rispondere solo accrescendo la propria flessibilità.

Il gap di valore si verifica in tutti quei casi, invero non rari, in cui l'utenza attribuisce all'offerta dell'azienda una soddisfazione inferiore a quella desiderata. La soggettività intrinseca a tale gap lo rende difficilmente misurabile e dunque esso lo si desume dalla ponderazione dell'utilità derivante dalle caratteristiche dei servizi erogati con i rispettivi prezzi richiesti e con eventuali extracosti.

Il gap di percezione scaturisce dalla divergenza fra la soddisfazione teoricamente ottenibile dall'offerta aziendale e la soddisfazione percepita dall'utenza. Tre sono le possibili cause di questo gap:

- l'incapacità dell'azienda di comunicare adeguatamente le caratteristiche qualitative della propria offerta;
- l'esistenza di fenomeni di "ricezione selettiva" o "distorsione percettiva" da parte dell'utenza;
- la mancata corrispondenza tra la dimensionalità propria utilizzata dall'utenza per inferire il livello qualitativo dei servizi e i parametri adottati dall'azienda per definire la qualità della propria offerta.

Il gap di allineamento si manifesta qualora la soddisfazione pianificata dal management aziendale diverge dagli obiettivi di customer satisfaction percepiti dall'utenza. Tale scostamento può verificarsi quando il management non si preoccupa di suscitare una partecipazione diretta di tutte le componenti dell'azienda: in tal caso, in assenza di una rete connettiva tra le diverse entità aziendali è probabile che si reputi inutile il supporto reciproco nella risoluzione di tematiche semplici e complesse e, di contro, si agisca secondo schemi unilaterali fondati su rapporti gerarchici ben cristallizzati.

Il gap di progettazione e il gap di realizzazione si manifestano quando gli obiettivi di customer satisfaction condivisi dal management aziendale non si riflettono nella soddisfazione effettivamente offerta all'utenza oppure, ancora, qualora l'azienda sia incapace di comporre un profilo di offerta perfettamente rispondente alle specifiche richieste dal contesto e dalla situazione specifica.

Il gap di coinvolgimento si manifesta nello scostamento fra gli obiettivi di customer satisfaction pianificati dal management e la soddisfazione traibile dall'offerta dell'azienda. Tale gap attesta una scarsa condivisione, all'interno dell'azienda, dei valori e dei principi sottostanti ad un effettivo orientamento alla customer satisfaction. Il gap di coinvolgimento può essere ridotto intervenendo simultaneamente su quattro fattori reciprocamente interconnessi:

- la partecipazione diretta ai cambiamenti, stimolando la diagnosi congiunta sui problemi di customer satisfaction;
- il coordinamento, per integrare funzioni e attività nella realizzazione e nel perseguimento della visione della CS;
- le competenze specifiche, per individuare e risolvere le difficoltà connesse a un nuovo rapporto con la clientela;
- gli incentivi e i meccanismi di riconoscimento, finalizzati all'incremento dell'empowerment, assegnazione e assunzione di responsabilità del personale.

Il gap di consonanza si manifesta ogni qualvolta gli obiettivi di customer satisfaction recepiti e dichiarati dal personale divergono dalla soddisfazione percepita dai clienti. L'esistenza di tale scostamento costituisce, nel medio e lungo termine, una fondamentale minaccia alla stessa buona salute dell'azienda; il suo perdurare si traduce, infatti, in una drastica diminuzione della credibilità e dell'immagine aziendale.

11. I Service Quality Factors.

L'insieme di tutti gli aspetti rilevanti per la determinazione della soddisfazione dell'utenza è dato dai cosiddetti fattori di qualità del servizio (Service Quality Factors), ovvero una serie di elementi che definiscono e influenzano il livello di qualità del servizio che viene offerto al cliente.

La letteratura presenta diverse tassonomie dei Service Quality Factors: una di queste è la classificazione proposta da Johnston e Clark (2001), secondo cui sono ben diciotto gli attributi determinanti la service quality:

1) accesso: la localizzazione fisica del servizio, il luogo dove esso viene erogato e dove viene reso disponibile e fruibile al cliente;

2) estetica: rappresenta le componenti del servizio nella sua apparenza (aspetto dell'ambiente, percezione sullo staff, ecc...).

3) attenzione/interesse: indica il modo in cui il servizio ritorna utile all'utenza;

4) disponibilità: è l'attitudine del servizio e delle sue componenti ad essere disponibili e quindi fruibili dall'utenza;

5) cura: i riguardi mostrati alle esigenze dell'utenza;

6) pulizia: la pulizia e l'ordine delle componenti tangibili (ad esempio luogo in cui il servizio viene erogato);

7) comfort: il comfort generato dall'ambiente del servizio;

8) impegno: rappresenta l'impegno e la diligenza del management aziendale nei confronti dell'utenza;

9) comunicazione: l'abilità di comunicare all'utenza in modo chiaro e comprensibile;

10) competenza: le abilità, l'esperienza e la professionalità con le quali un servizio viene erogato;

11) cortesia: il rispetto e l'educazione mostrate nei confronti dell'utenza;

12) flessibilità: la capacità di fornire un servizio che si adatti alle esigenze dell'utenza;

13) cordialità: l'orientamento del servizio verso l'utenza;

14) funzionalità: la capacità di un servizio di raggiungere la qualità che si pone come obiettivo;

15) integrità: l'onestà, la giustizia e l'equità con la quale l'utenza è trattata dall'organizzatore/erogatore dei servizi;

16) affidabilità: l'affidabilità e la consistenza delle performance del servizio;

17) reattività: la velocità e tempestività del servizio;

18) sicurezza: la sicurezza personale dell'utenza.

Questi fattori coprono molti aspetti del servizio, includendo gli input del servizio, l'esperienza e i risultati finali. Alcuni di tali fattori verranno ripresi nel capitolo successivo quali punti di riferimento nella valutazione dei questionari somministrati all'utenza.

12. Misurare il grado di soddisfazione dell'utenza.

Di primo acchito l'idea di poter misurare oggettivamente delle tendenze soggettive e di poterne poi estrapolare dei valori statistici di riferimento (media e deviazione standard) che siano degli indicatori oggettivi su cui il management possa basare le proprie future strategie decisionali, sembra un'idea assolutamente priva di qualunque fondamento di ragionevolezza.

Come è possibile infatti misurare un sentimento intimo dell'utenza, quale il grado di soddisfazione? Come stabilire in maniera univoca e universale dei criteri di giudizio sulla soddisfazione, considerati gli infiniti gusti, tendenze, stili dell'utenza? Come tener conto degli innumerevoli elementi ambientali che, di giorno in giorno, modificano desideri e aspettative dell'utenza un medesimo prodotto o processo?

Controbattere puntualmente queste considerazioni è assai difficile ma, se si sposta l'approccio dal punto di vista della singola entità al punto di vista dell'intera popolazione, allora si può certamente affermare che esiste una possibilità di misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza e che tale risultato è oggettivamente significativo quale strumento di controllo o feedback da parte del management aziendale.

12.1 - Calcolare media e deviazione standard del grado di soddisfazione dell'utenza.

Uno dei metodi più comuni e maggiormente utilizzati è certamente quello del sondaggio. Un questionario, opportunamente progettato e configurato, pone all'utenza (o, per essere più precisi, ad un campione statisticamente significativo estratto dall'intera popolazione che costituisce l'utenza di riferimento) una serie di domande a risposta multipla. L'ideatore del questionario, naturalmente, ha formulato e calibrato le proprie domande e le relative opzioni di risposta non al fine di misurare aspettative preliminari o scenari intimi soggettivi ma, viceversa, al fine di estrapolare (anche da queste sensazioni soggettive) il grado di soddisfazione derivato dal contatto con prodotti e servizi.

12.2 - La scelta e la numerosità del campione.

L'intero processo della cosiddetta inferenza statistica (dedurre considerazioni valide per l'intera utenza partendo dall'analisi dei dati ottenuti da un campione di riferimento) perderebbe tutta la sua significatività se la scelta del campione venisse effettuata in maniera errata.

Il questionario somministrato nel presente lavoro di tesi è stato anch'esso somministrato ad un campione rappresentativo dell'intera utenza. Esso è stato scelto in maniera tale da essere il più rappresentativo possibile dell'utenza. Tale rappresentatività si riferisce alla tipologia di impiego e non alla selezione specifica del singolo individuo: per quest'ultimo momento, infatti, si è proceduto in maniera del tutto casuale, avvalendosi del meccanismo del sorteggio.

Relativamente alla numerosità del campione individuato, bisogna considerare il fatto che l'obiettivo che la ricerca intende perseguire non è di tipo quantitativo bensì di tipo qualitativo. E la qualità dei dati dipende dal modo in cui viene scelto l'oggetto dell'indagine e dalle modalità organizzative del questionario: se l'oggetto dell'indagine non è ben chiaro e ha una direzione unilaterale, le domande daranno l'impressione di essere già orientate; per quanti dati si possono raccogliere, non è possibile attendersi risultati significativi sul grado di soddisfazione dell'intera utenza. Piuttosto che incrementare a caso il numero degli intervistati (e ottenere magari un tasso di restituzione basso), si è deciso di limitare a 100 la numerosità del campione dal momento che, tenendo conto delle analisi che si vogliono compiere sui dati raccolti e degli obiettivi finali che si vogliono raggiungere, tale valore appare significativo.

12.3 - La tipologia delle domande.

Per elaborare in maniera ottimale un questionario da somministrare all'utenza occorre tenere in conto alcuni accorgimenti di fondamentale importanza, tra cui i seguenti:

- le domande devono essere sintetiche e di numero non eccessivo;
- i quesiti devono essere formulati in maniera tale da permettere a chiunque di comprenderne il testo senza ambiguità e di poter formulare risposte in maniera semplice e naturale;
- i quesiti non devono essere formulati in maniera tale che, tra due o più di essi, possa scorgersi una qualche apparente contraddizione;

- inserire a conclusione del questionario un ringraziamento per il tempo impiegato e per la sensibilità dimostrata verso il soggetto/ente proponente la ricerca.

Seguendo questi semplici accorgimenti, il tasso di restituzione dovrebbe mantenersi a livelli elevati. Nel caso infelice in cui la partecipazione e la collaborazione si mantenga su livelli statisticamente non significativi è pur sempre possibile tentare un'analisi dei dati pervenuti a condizione che si sia certi che i questionari non pervengano tutti da persone "orientate" nella stessa direzione o caratterizzate da unica fascia d'età, unico livello di istruzione, unico sesso, ecc....

Capitolo 4

Questionario all'utenza

Agli inizi della cosiddetta Fase 2, ovvero tra il 5 maggio e metà maggio, è stato selezionato il campione destinatario del questionario di valutazione inerente la qualità del lavoro durante l'emergenza Covid-19, ovvero durante l'intera Fase 1.

Come già ampiamente discusso nei capitoli 1 e 2, durante la Fase 1 i servizi forniti dall'ASP non hanno subito – a differenza del settore commerciale e industriale – alcun arresto e limitazione e, anzi, hanno vissuto una fase di intensificazione in capo a ciascun dipendente.

Il campione è stato così individuato:

- dipartimento: Dipartimento attività territoriali – ASP CT;
- ubicazione: PTA S. Giorgio, PTA S. Luigi, Distretto Sanitario CT;
- numerosità: 100 lavoratori, tra medici, infermieri e amministrativi;

Il questionario si compone di quattro parti, contenenti ciascuna cinque domande.

Si analizzano nel seguito i risultati di ciascuna sezione.

Parte prima: generalità.

Le prime cinque domande, di carattere generale, hanno lo scopo di profilare i tratti essenziali dell'utenza cui il presente lavoro è rivolto.

Tali domande sono le seguenti:

- Ruolo di appartenenza;
- Fascia d'età;
- Tipologia contrattuale;
- Distanza casa / sede di lavoro;
- Nucleo familiare.

La prima domanda è propedeutica a successive rielaborazioni dei dati ricevuti in funzione del ruolo ricoperto. Potrebbe infatti verificarsi che ad una stessa domanda vi sia un notevole scostamento tra le risposte fornite dai dipendenti di una categoria (ad esempio amministrativi) rispetto a quelli forniti da un'altra categoria (ad esempio infermieri).

La seconda domanda è fortemente correlata ai rischi intrinseci legati all'eventuale contagio da Covid-19: come le evidenze empiriche suggeriscono, all'avanzare dell'età cresce la probabilità di incorrere in complicanze sempre più significative.

La terza domanda è finalizzata a comprendere, nel caso di risposte fuori norma, se e in che modo la tipologia contrattuale possa esserne causa.

La quarta domanda è pensata per creare un successivo filtro con i quesiti successivi riguardanti lo smart working.

La quinta domanda è legata alla sfera emozionale: vivere soli dovrebbe creare meno tensioni e paure di contagio rispetto a vivere in famiglia o coi genitori anziani.

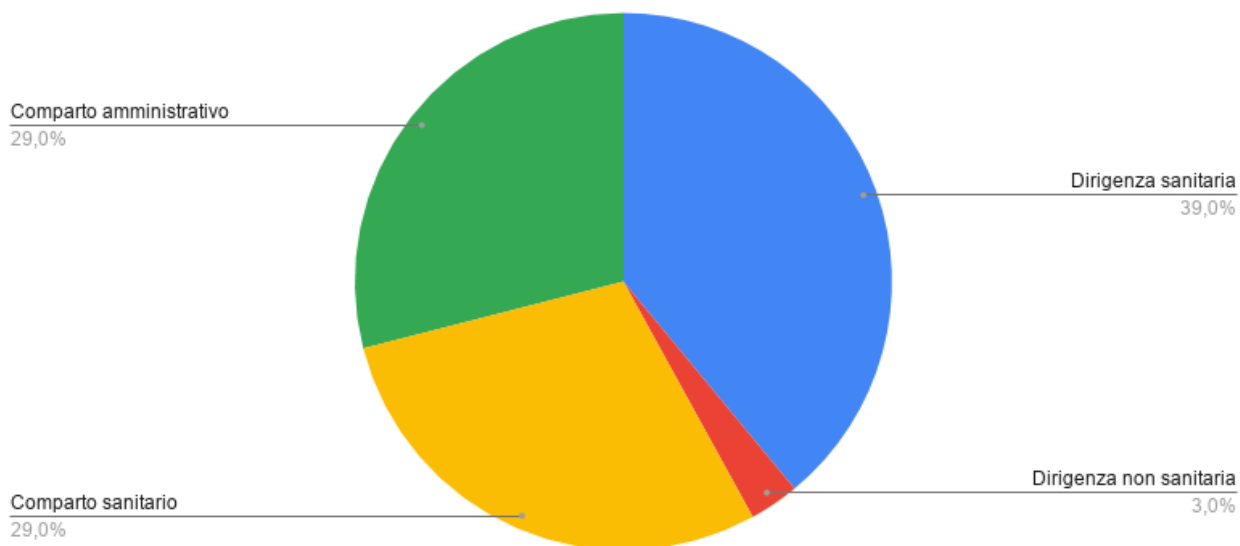
A conclusione di questa prima sezione di quesiti è possibile delineare il target di riferimento su cui impostare le riflessioni in materia di customer care satisfaction.

Ruolo di appartenenza.

Le opzioni disponibili per tale voce sono:

<i>Dirigenza sanitaria</i>	<i>Dirigenza non sanitaria</i>	<i>Comparto sanitario</i>	<i>Comparto amministrativo</i>
----------------------------	--------------------------------	---------------------------	--------------------------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono rappresentati nel seguente diagramma a torta:



Sotto il profilo territoriale questa invece la suddivisione:

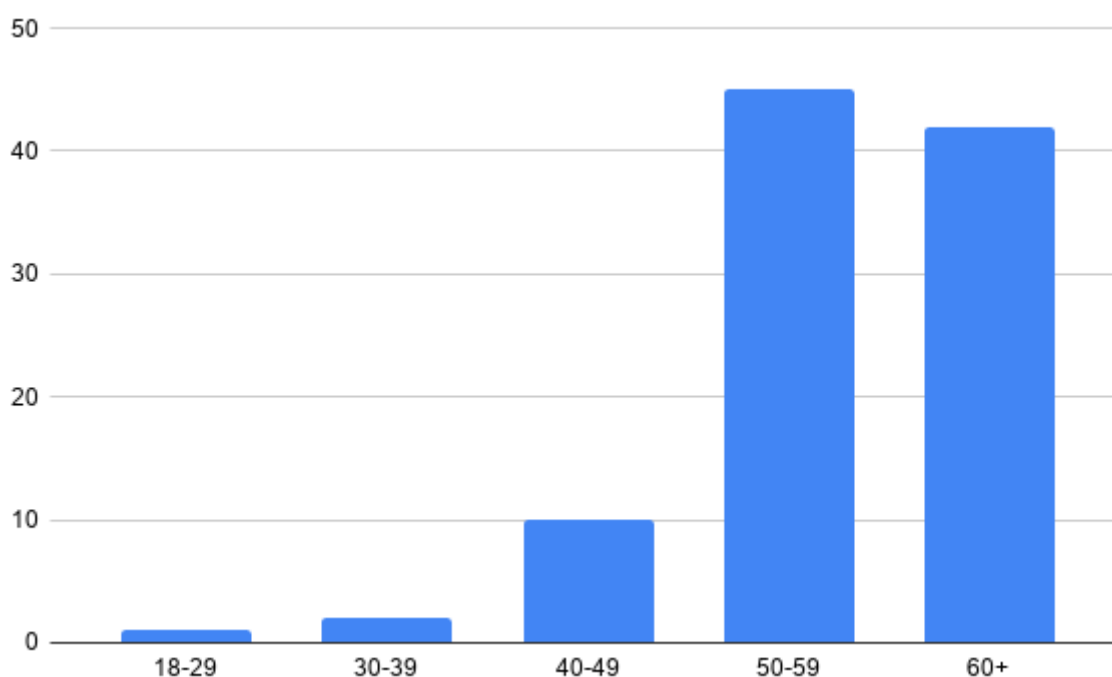
- 15 ruoli provengono dal PTA S. Giorgio;
- 15 ruoli provengono dal PTA S. Luigi;
- 70 ruoli provengono dal Distretto Sanitario.

Fascia d'età.

Le classi di età sono state raggruppate secondo lo schema per decenni, ovvero:

18-29	30-39	40-49	50-59	60+
-------	-------	-------	-------	-----

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente istogramma:



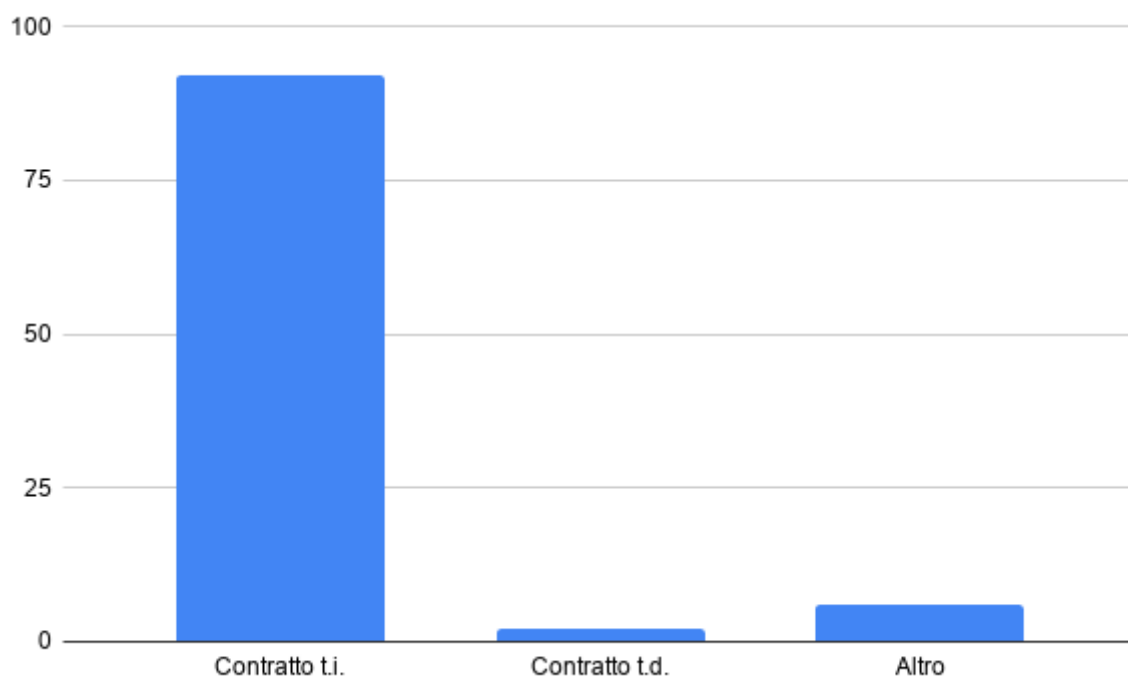
Tali dati mostrano una enorme deviazione a destra dell'età media dei dipendenti. Tale dato, tenuto conto delle varie agevolazioni al cosiddetto rientro al lavoro dei "soggetti fragili" (ovvero soggetti con età superiore a 50 anni e che presentino patologie pregresse), ha di certo un impatto non indifferente nel management aziendale (sanitario, scolastico, privato, ecc....) e nella scelta delle misure organizzativo-gestionali più pertinenti da intraprendere.

Tipologia contrattuale.

Le categorie contrattuali prese in considerazione, grazie all'opzione "Altro" ricomprendono tutte le possibili configurazioni lavorative all'interno dell'ASP. La voce "Altro" si riferisce a tipologie contrattuali quali ad esempio personale di società in convenzione, personale in rapporto convenzionale e liberi professionisti.

<i>Contratto a t.i.</i>	<i>Contratto a t.d.</i>	<i>Altro</i>
-------------------------	-------------------------	--------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente istogramma:



Tali dati sono chiarissimi: la quasi totalità dei dipendenti sono con contratto a tempo indeterminato.

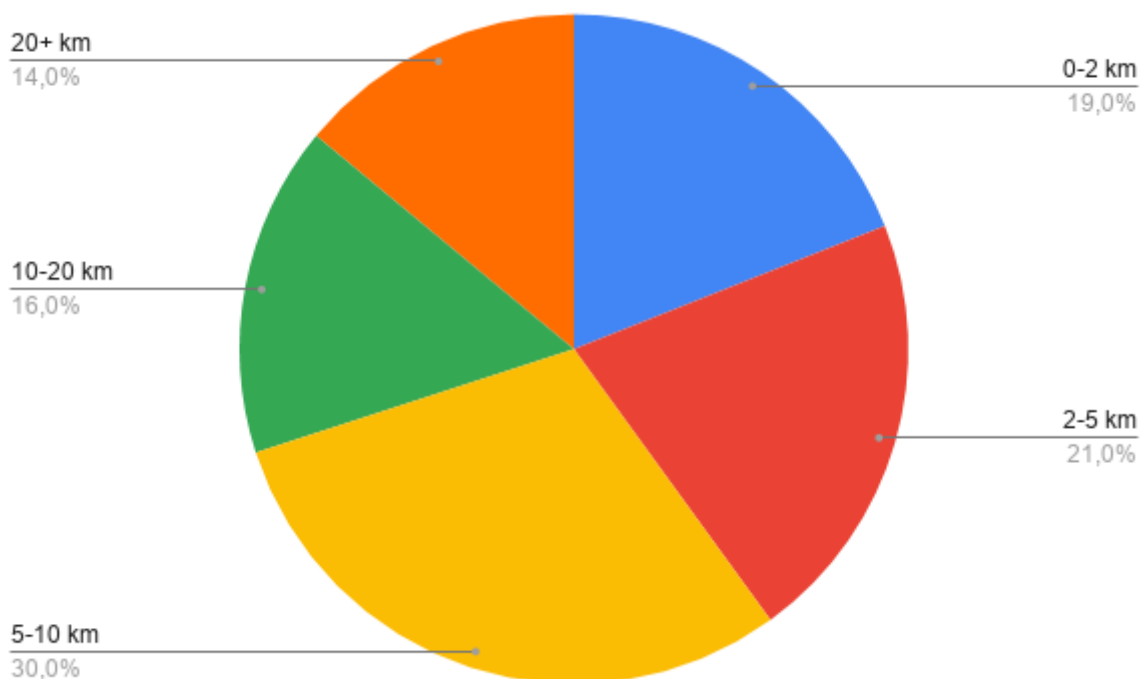
Per tale motivo si può da subito escludere l'eventuale alterazione statistica di risposte pervenute a causa della tipologia contrattuale.

Distanza casa / sede di lavoro.

Le fasce chilometriche sono state definite secondo la seguente tabella:

0-2 km	2-5 km	5-10 km	10-20 km	Oltre 20 km
--------	--------	---------	----------	-------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente istogramma:



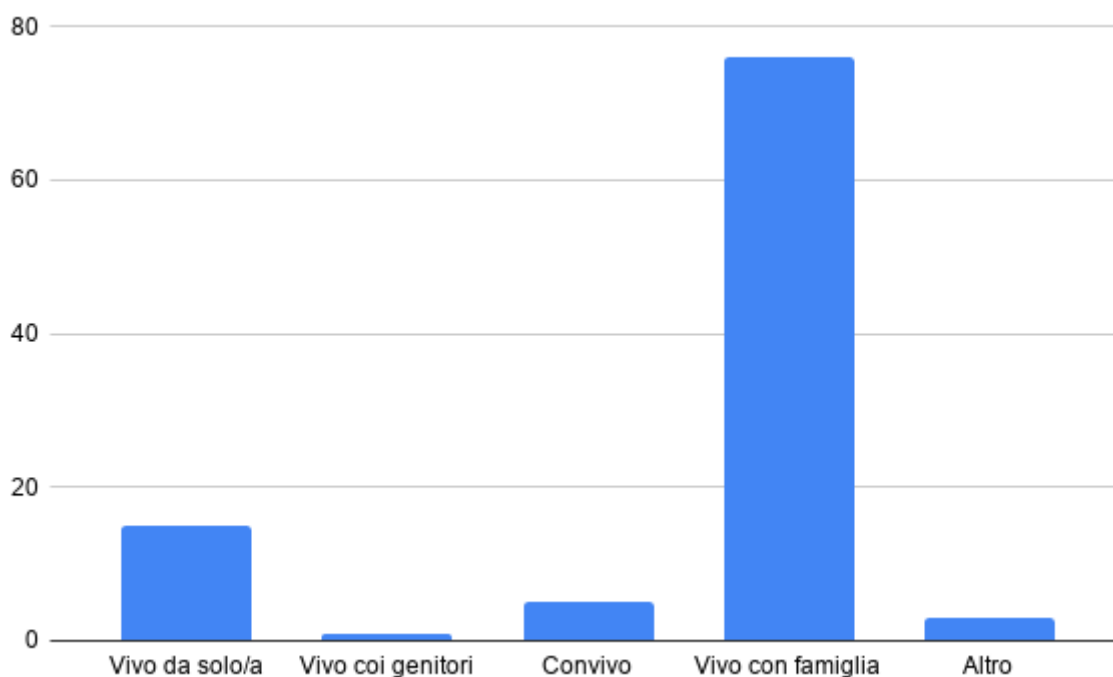
Di questo dato si terrà conto in un successivo filtraggio relativo alla richiesta di modificare le opzioni contrattuali in favore dello smart working.

Nucleo familiare.

Le opzioni prese in esame per tale domanda sono state le seguenti:

<i>Vivo solo/a</i>	<i>Vivo coi genitori</i>	<i>Convivo</i>	<i>Vivo con famiglia</i>	<i>Altro</i>
--------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	--------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente istogramma:



Tali risultati rappresenteranno un filtro a tutta la parte finale del questionario, ovvero quella della sfera psico-relazionale: si analizzerà più avanti, infatti, se e in che modo i dipendenti che vivono da soli mostrano ansie, paure, aspettative diverse rispetto a coloro che vivono in famiglia o coi genitori o convivono.

Parte seconda: organizzazione lavorativa.

Le domande di tale sezione hanno lo scopo di mettere in evidenza diverse caratteristiche che i modelli teorici del capitolo precedente hanno enunciato.

Tali domande sono le seguenti:

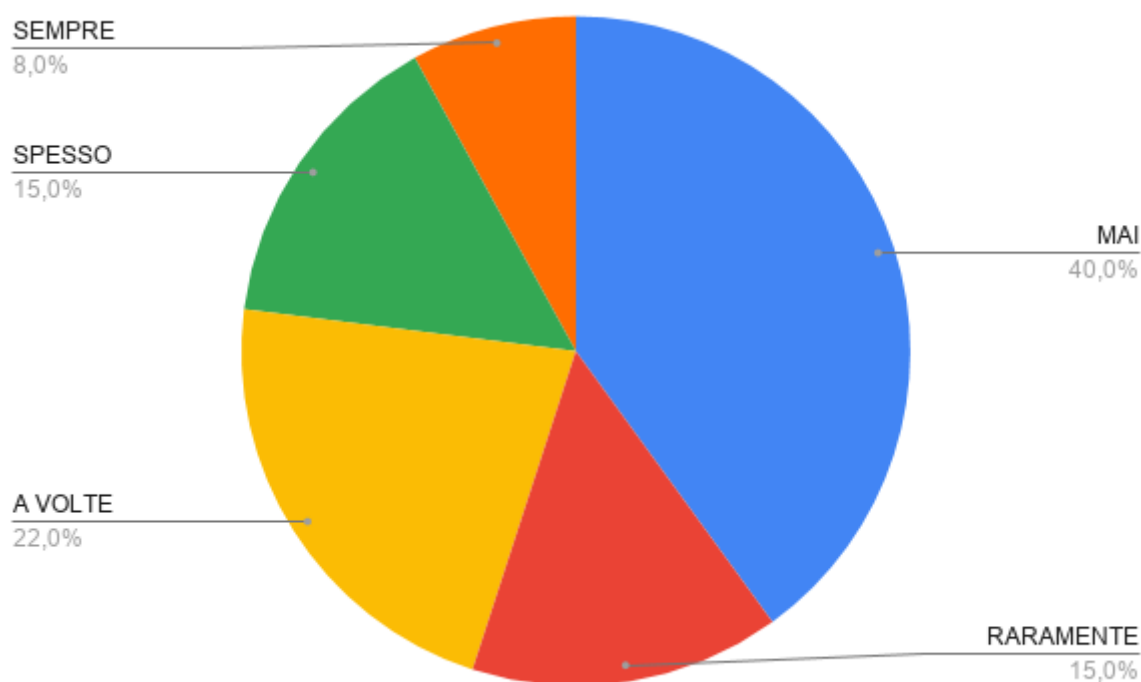
- Durante l'emergenza da Covid-19 hai svolto anche mansioni/compiti che in condizioni ordinarie non ti competono?;
- Hai avuto contatti, per le tue mansioni, col pubblico ?;
- I dispositivi di protezione individuale forniti si sono rivelati adeguati ?;
- Le modalità operative alternative al lavoro tradizionale (smart working, telelavoro, ecc...) sono secondo te da preferire in queste situazioni ?;
- Hai concretamente lavorato con modalità di smart working o telelavoro?

Durante l'emergenza da Covid-19 hai svolto anche mansioni/compiti che in condizioni ordinarie non ti competono?

Le opzioni disponibili sono state le seguenti:

<i>MAI</i>	<i>RARAMENTE</i>	<i>A VOLTE</i>	<i>SPESSO</i>	<i>SEMPRE</i>
------------	------------------	----------------	---------------	---------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



È interessante qui filtrare ulteriormente i dati in relazione alla tipologia di mansione. Si ottiene il seguente risultato:

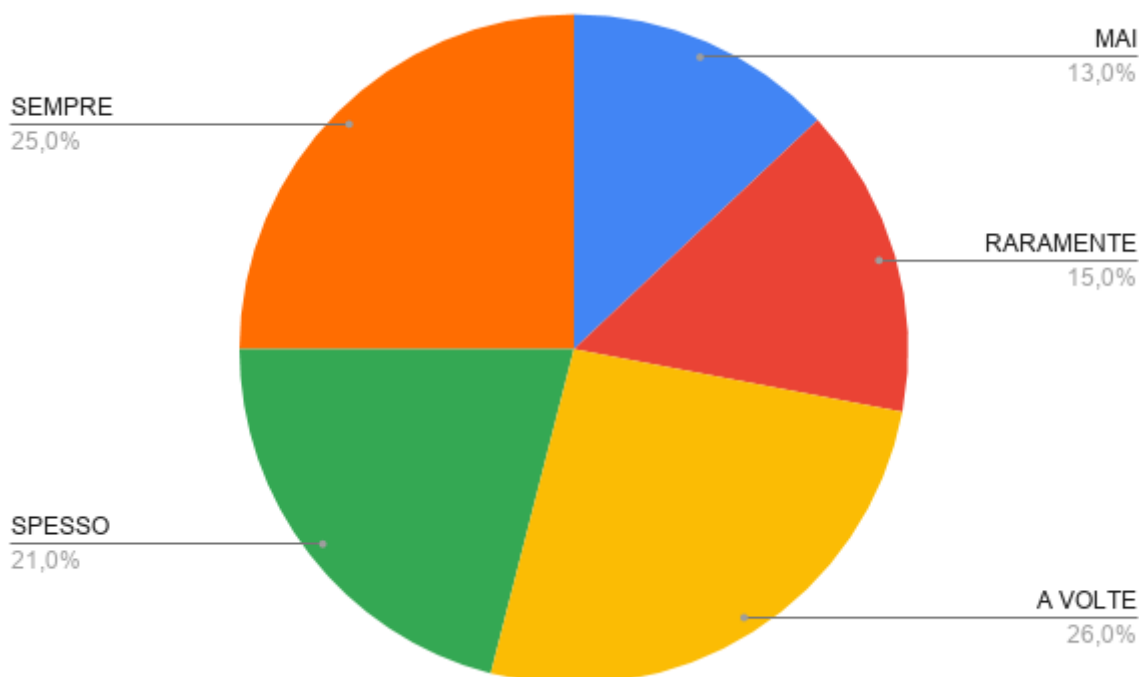
	MAI	RARAMENTE	A VOLTE	SPESSO	SEMPRE
Amministrativi	35%	30%	25%	5%	5%
Infermieri	3%	7%	25%	45%	20%
Medici	3%	8%	18%	5%	3%

Hai avuto contatti, per le tue mansioni, col pubblico?

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>MAI</i>	<i>RARAMENTE</i>	<i>A VOLTE</i>	<i>SPESSO</i>	<i>SEMPRE</i>
------------	------------------	----------------	---------------	---------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



Filtrando ulteriormente i dati in relazione alla tipologia di mansione si ottiene il seguente risultato:

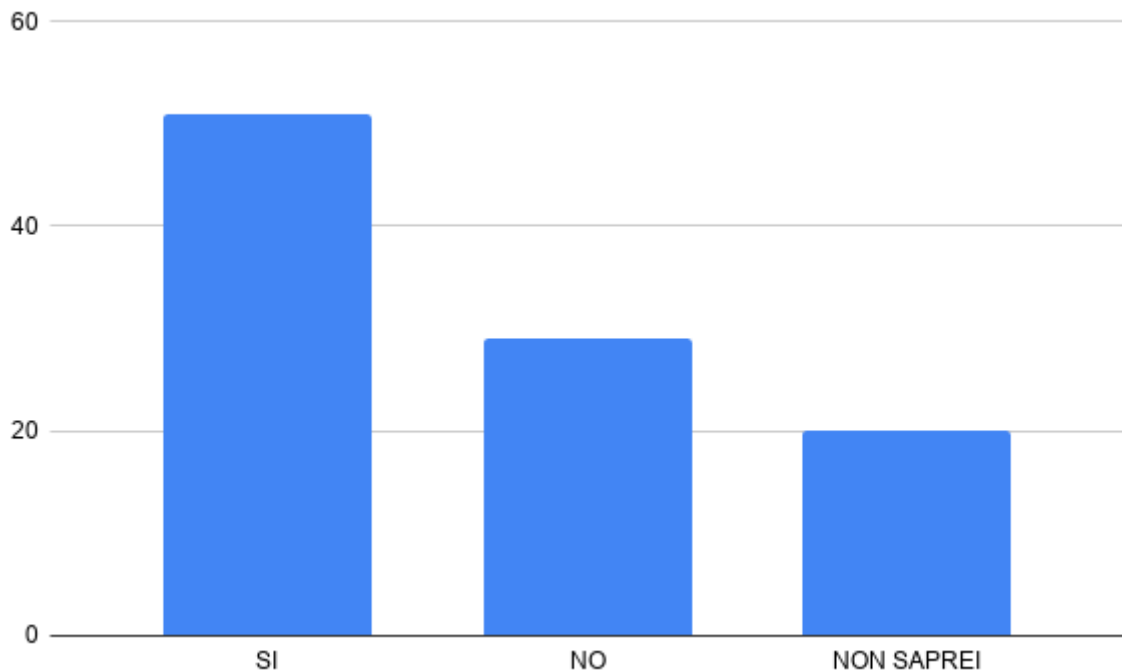
	MAI	RARAMENTE	A VOLTE	SPESSO	SEMPRE
Amministrativi	30%	35%	15%	5%	5%
Infermieri	2%	3%	25%	45%	25%
Medici	2%	2%	26%	35%	35%

I dispositivi di protezione individuale forniti si sono rivelati adeguati?

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NON SAPREI</i>
-----------	-----------	-------------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



Questo risultato appare molto eloquente e dovrebbe rappresentare un fondamentale punto di partenza per il management aziendale: la metà del campione intervistato non ha ritenuto esplicitamente adeguati i dispositivi di protezione individuali forniti durante le fasi dell'emergenza Covid-19.

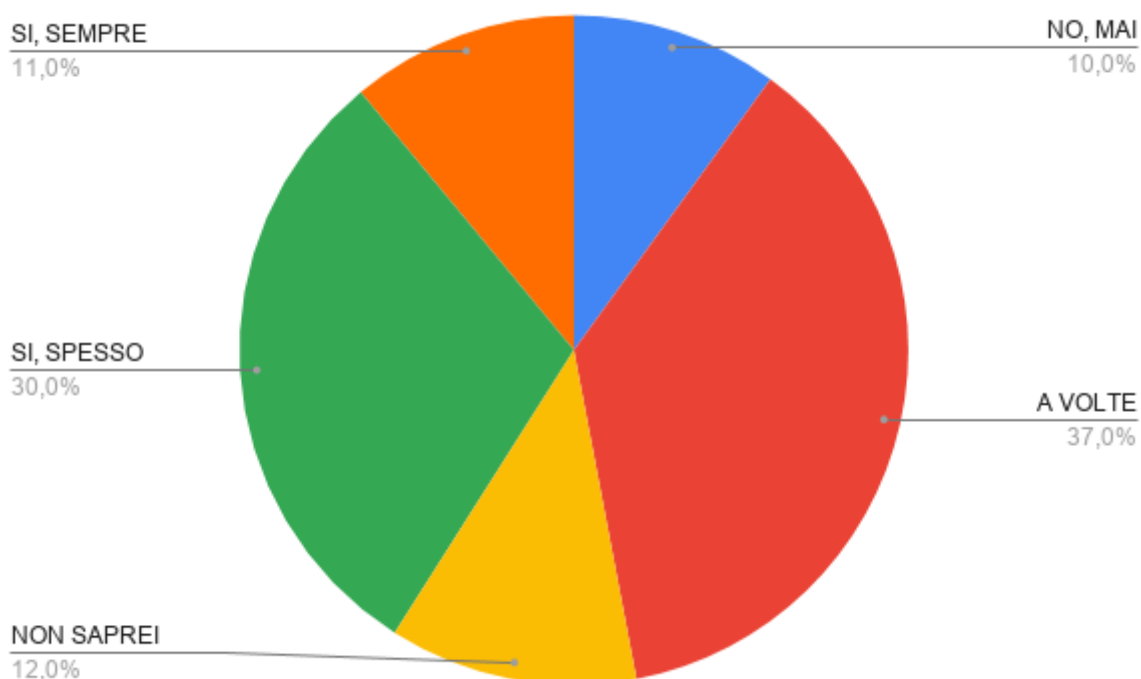
Purtroppo, col senno del poi, si comprende come ulteriori domande di approfondimento sulla questione avrebbero ulteriormente specificato meglio il problema (chiedendo ad esempio se i protocolli adottati in azienda fossero o meno noti e validi, o chiedendo ancora quali tipologie di dispositivi l'utenza si aspettava di ricevere).

Le modalità operative alternative al lavoro tradizionale (smart working, telelavoro, ecc...) sono secondo te da preferire in queste situazioni?

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>NO, MAI</i>	<i>A VOLTE</i>	<i>NON SAPREI</i>	<i>SI, SPESSO</i>	<i>SI, SEMPRE</i>
----------------	----------------	-------------------	-------------------	-------------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



Filtrando questi dati in funzione delle distanze chilometriche dal luogo di lavoro non si notano particolari deviazioni statisticamente significative:

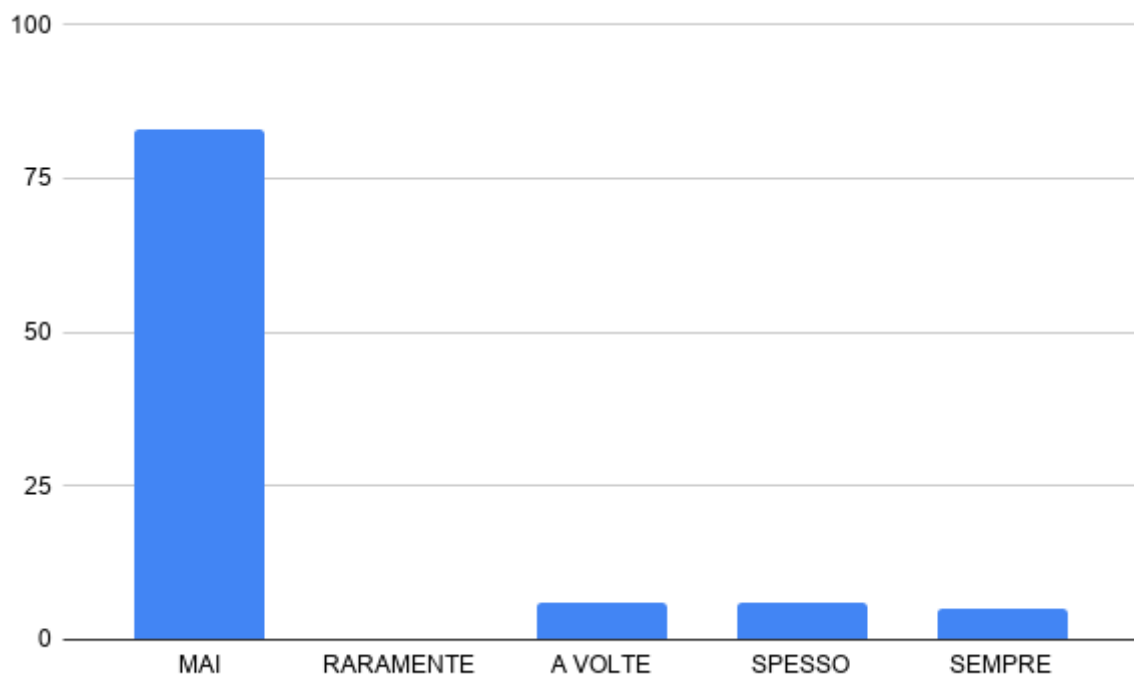
	NO, MAI	A VOLTE	SI, SPESSO	SI, SEMPRE	NON SAPREI
Amministrativi	35%	30%	25%	5%	5%
Infermieri	3%	7%	25%	45%	20%
Medici	3%	8%	18%	5%	3%

Hai concretamente lavorato con modalità di smart working o telelavoro?

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>MAI</i>	<i>RARAMENTE</i>	<i>A VOLTE</i>	<i>SPESSO</i>	<i>SEMPRE</i>
------------	------------------	----------------	---------------	---------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



I dati mostrano, senza ombra alcuna di dubbio, che il management aziendale non sembra aver progettato e incentivato la transizione a nuove modalità operative, facilmente implementabili grazie ai livelli elevati della tecnologia oggi disponibile.

Parte terza: Sfera psichico-relazionale.

Le domande di questa sezione riguardano:

- Il rapporto di collaborazione coi colleghi;
- Il rapporto coi superiori;
- Il rapporto con i fruitori dei servizi sanitari;
- Il modo di concepire le relazioni sociali amicali;
- Il modo di concepire le relazioni sociali lavorative.

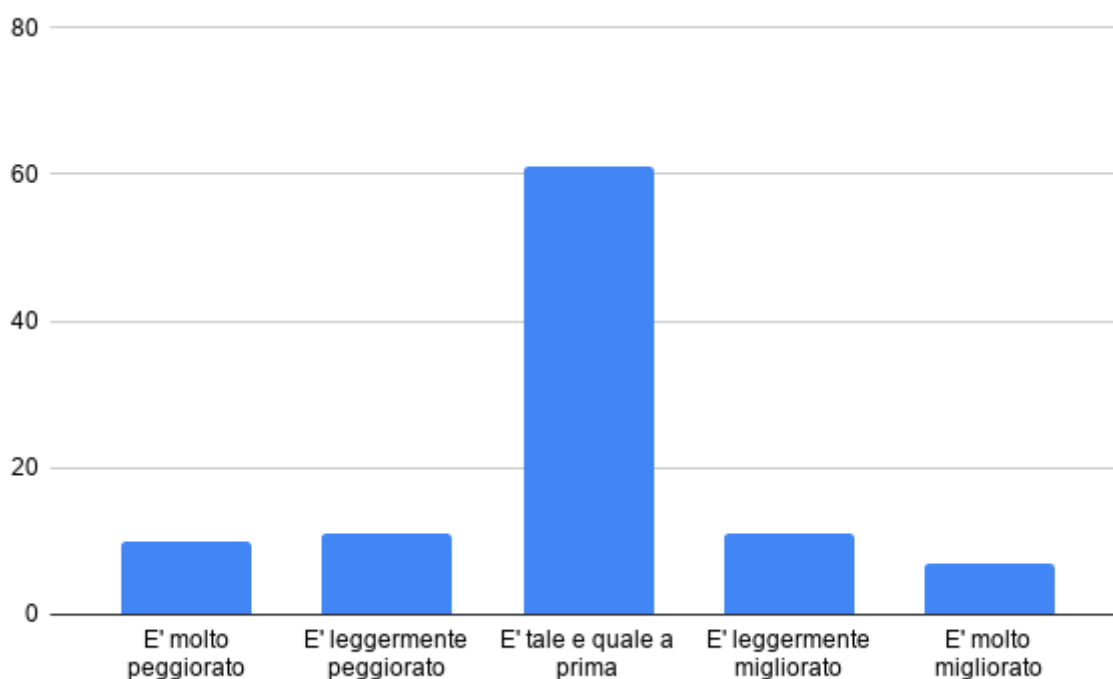
Il riferimento teorico di queste domande è quello dei Service Quality Factors: una volta delineato il profilo medio risultante dai risultati, sarà possibile definire la collocazione del dipendente ASP CT (Dipartimento Attività Territoriali) nello spazio individuato da tali fattori di qualità.

Il rapporto di collaborazione coi colleghi.

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>È molto peggiorato</i>	<i>È leggermente peggiorato</i>	<i>È tale e quale a prima</i>	<i>È leggermente migliorato</i>	<i>È molto migliorato</i>
---------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



Apparentemente sembrerebbe che la distribuzione sia una gaussiana standard. Tuttavia, scindendo e filtrando i risultati in base al ruolo di appartenenza si nota un netto peggioramento nei rapporti del comparto amministrativo:

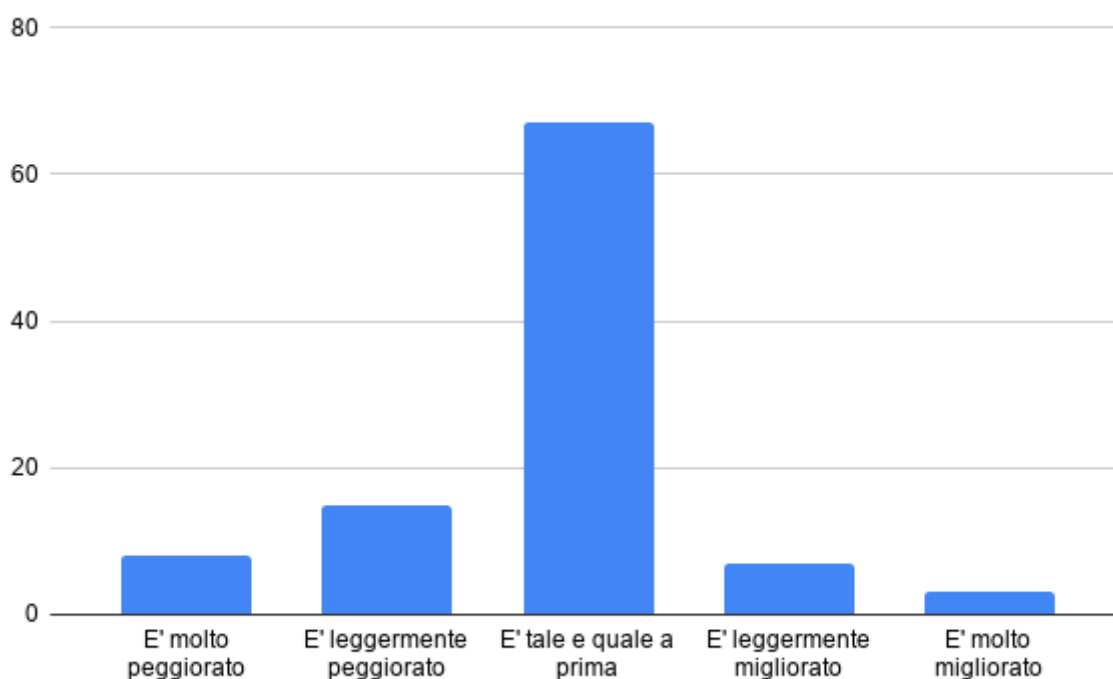
	PEGGIORATO	LEGG. PEGG.	UGUALE	LEGG. MIGL.	MIGLIORATO
Amministrativi	25%	20%	25%	15%	15%
Infermieri	10%	12%	60%	15%	10%
Medici	3%	8%	70%	9%	10%

Il rapporto coi superiori.

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>È molto peggiorato</i>	<i>È leggermente peggiorato</i>	<i>È tale e quale a prima</i>	<i>È leggermente migliorato</i>	<i>È molto migliorato</i>
---------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



Anche in questo caso, l'apparente distribuzione gaussiana standard viene a subire una notevole deformazione se si filtrano i risultati in base al ruolo di appartenenza:

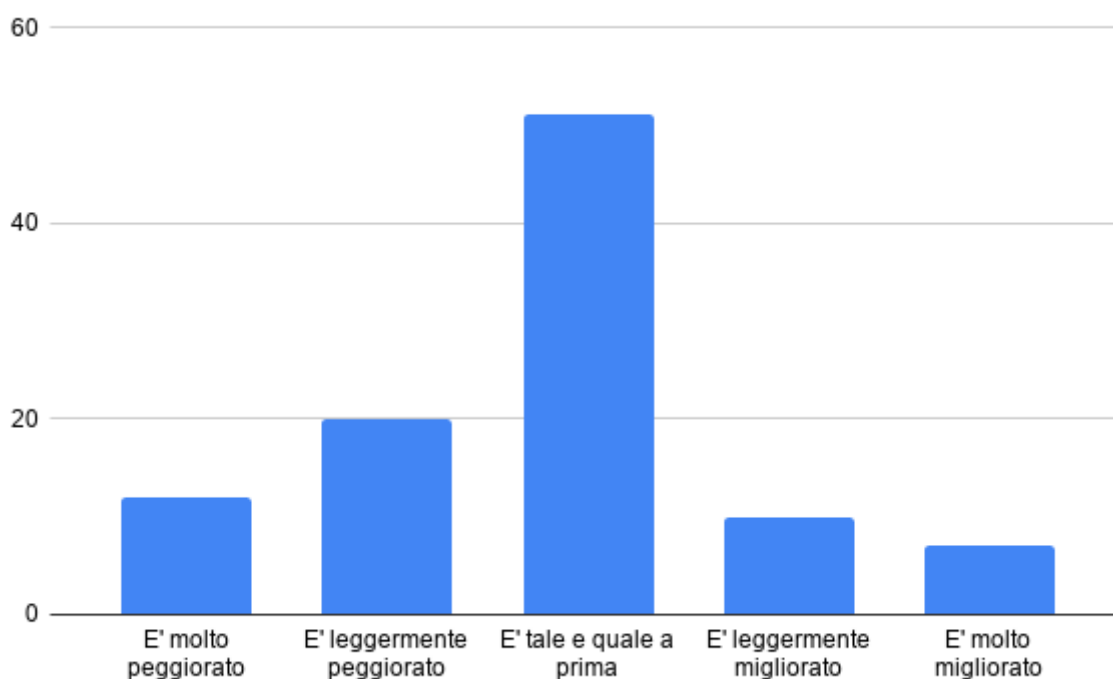
	PEGGIORATO	LEGG. PEGG.	UGUALE	LEGG. MIGL.	MIGLIORATO
Amministrativi	5%	10%	55%	20%	10%
Infermieri	20%	20%	30%	15%	15%
Medici	2%	5%	70%	12%	11%

Il rapporto con l'utenza.

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>È molto peggiorato</i>	<i>È leggermente peggiorato</i>	<i>È tale e quale a prima</i>	<i>È leggermente migliorato</i>	<i>È molto migliorato</i>
---------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



Anche questa distribuzione apparentemente gaussiana subisce delle significative variazioni a seconda del ruolo che si considera. In particolare i dati evidenziano un netto miglioramento con l'utenza da parte del settore amministrativo:

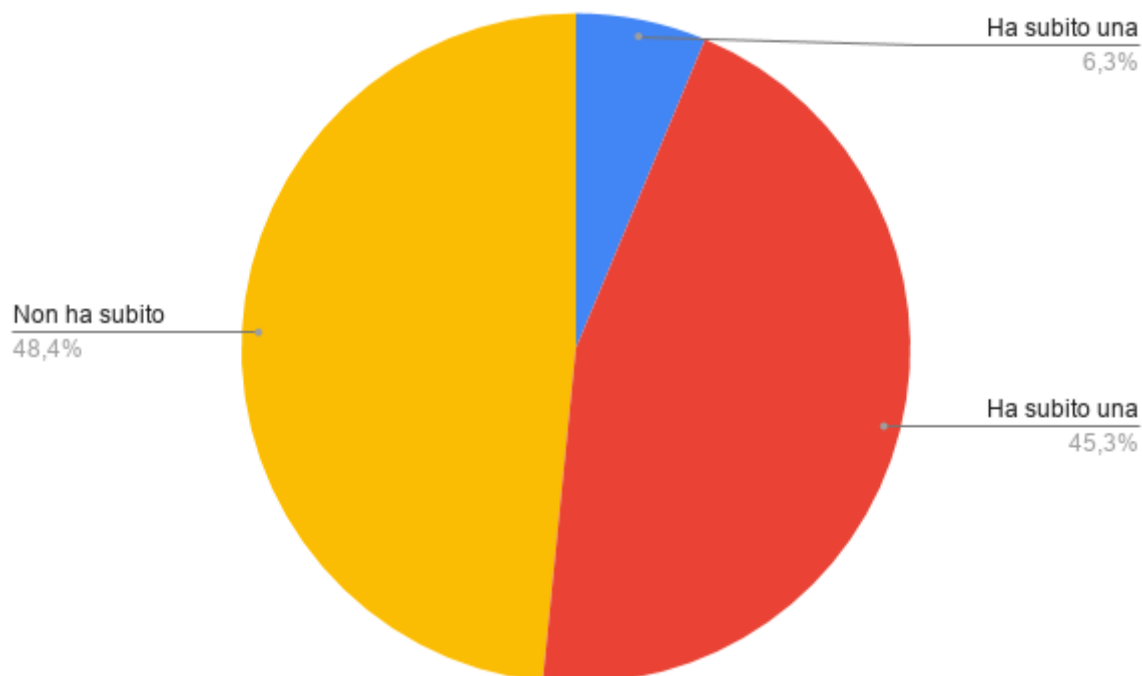
	PEGGIORATO	LEGG. PEGG.	UGUALE	LEGG. MIGL.	MIGLIORATO
Amministrativi	5%	15%	30%	15%	35%
Infermieri	15%	20%	50%	10%	5%
Medici	15%	15%	55%	10%	5%

Il tuo modo di concepire le relazioni sociali amicali.

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>Ha subito una trasformazione irreversibile</i>	<i>Ha subito una trasformazione ma tornerà come prima</i>	<i>Non ha subito particolari variazioni</i>
---	---	---

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



Questo item, col successivo, sono stati inseriti per valutare la flessibilità di adattamento dei dipendenti alle variazioni improvvise e inaspettate.

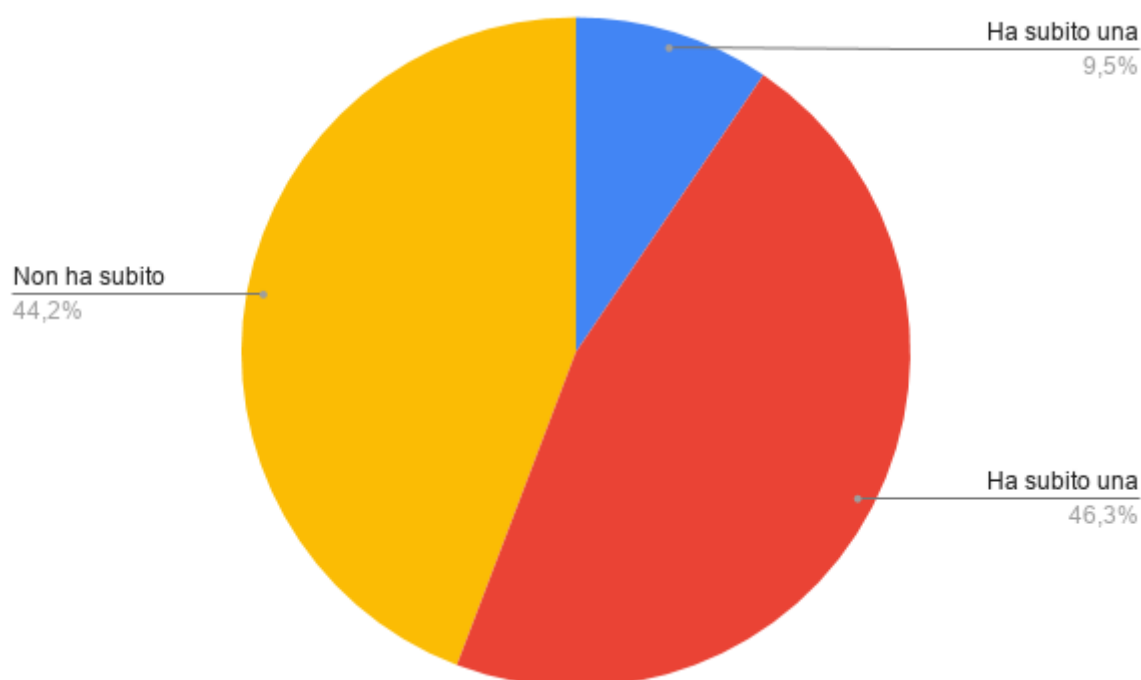
Il risultato non ha mostrato significative differenze in relazione alla tipologia di ruolo ricoperto: soltanto il 6% del campione ritiene che i mesi dell'emergenza sanitaria hanno irreversibilmente trasformato il loro modo di intendere le relazioni sociali amicali (ovvero esterne al contesto lavorativo).

Il tuo modo di concepire le relazioni sociali lavorative.

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>Ha subito una trasformazione irreversibile</i>	<i>Ha subito una trasformazione ma tornerà come prima</i>	<i>Non ha subito particolari variazioni</i>
---	---	---

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



Del 9% di dipendenti che ritiene irreversibile la trasformazione del proprio modo di concepire le relazioni sociali lavorative, solo la metà rientra nel 6% di cui al quesito precedente: ciò significa che vi sono dipendenti i quali considerano reversibile il rapporto extralavorativo ma irreversibile quello lavorativo.

Analizzando allora per ruolo di appartenenza, viene fuori che è la categoria dei medici quella che in larghissima misura ha fornito al quesito precedente risposta indicante trasformazione lieve e/o reversibile e al quesito attuale una irreversibilità del rapporto lavorativo.

Parte quarta: Percezioni e vissuti emotivi.

Le domande di questa sezione sono:

- La percezione del rischio di contagio da Covid-19;
- L'attenzione nei confronti delle misure precauzionali da adottare contro il rischio di contagio da Covid-19;
- La valutazione del pericolo di essere contagiato/a sul luogo di lavoro durante le settimane del picco (seconda metà di marzo – inizi di aprile);
- Il rapporto con gli altri per il futuro;
- La necessità di nuove modalità organizzative del lavoro per il futuro.

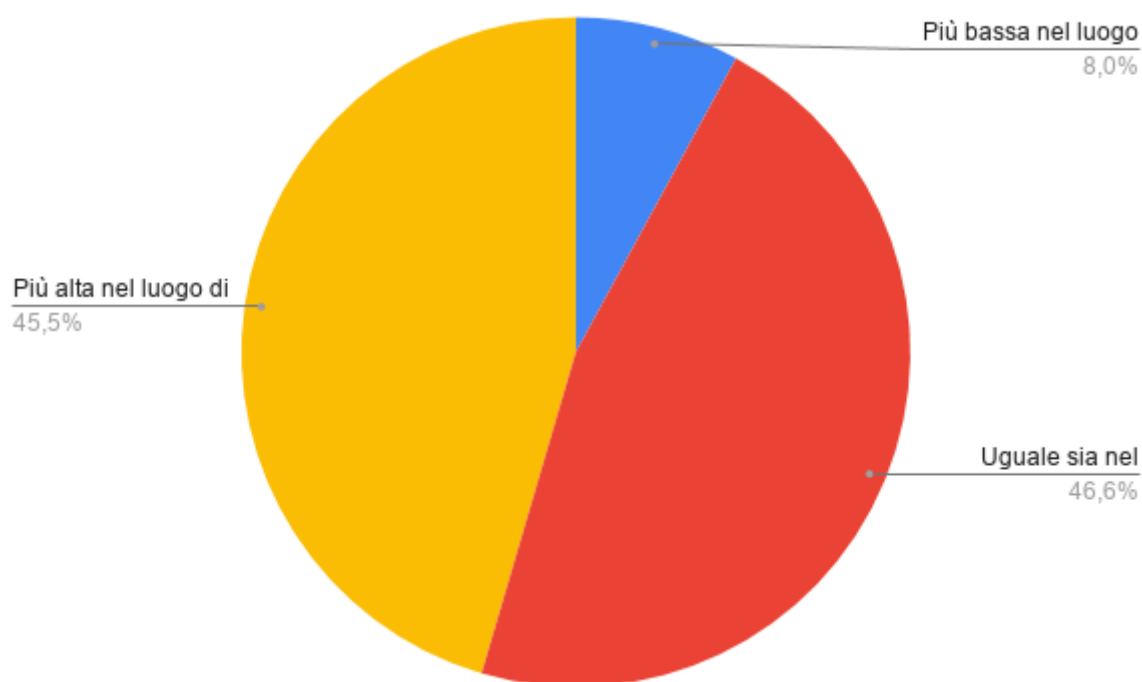
Anche per questa quarta parte, il riferimento teorico è quello dei Service Quality Factors: come per il pattern precedente una volta delineato il profilo medio risultante dai risultati, sarà possibile definire la collocazione del dipendente ASP CT nello spazio individuato da tali fattori di qualità.

La percezione del rischio di contagio da Covid-19.

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>Più bassa nel luogo di lavoro piuttosto che al di fuori di esso</i>	<i>Uguale sia nel luogo di lavoro che al di fuori di esso</i>	<i>Più alta nel luogo di lavoro piuttosto che al di fuori di esso</i>
--	---	---

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



Quasi metà del campione (le percentuali, se raggruppate per ruolo di appartenenza, sono simili tra loro) ritiene il rischio di contagio molto più alto nel luogo di lavoro piuttosto che altrove.

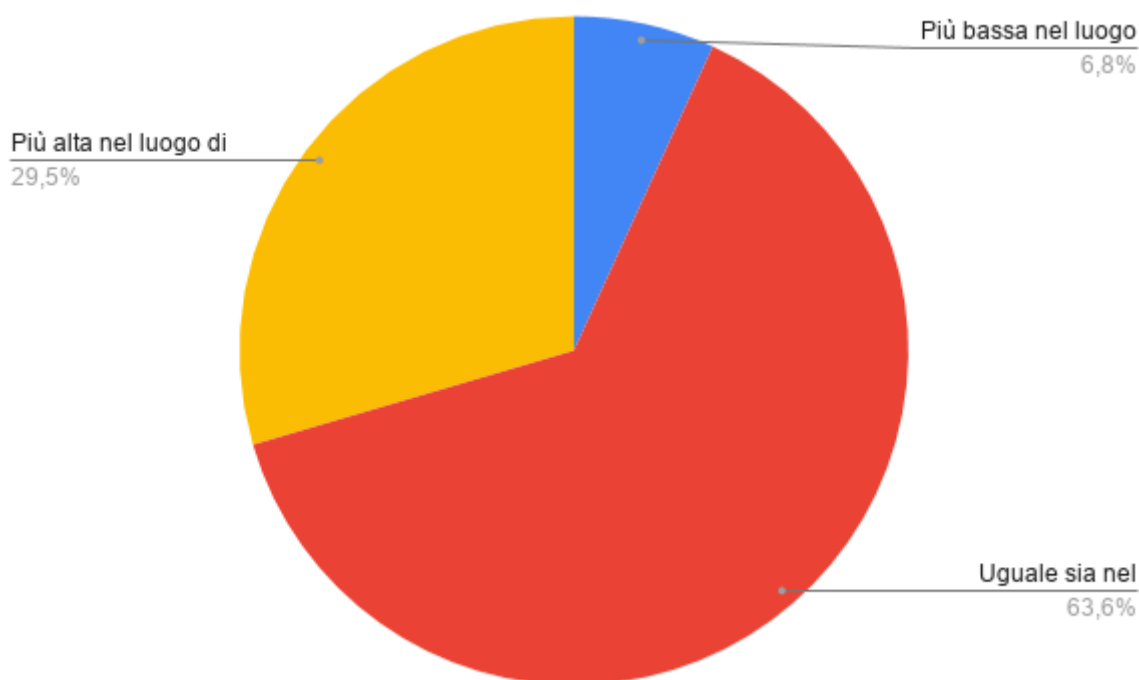
Incrociando questo risultato con l'item relativo ai dispositivi di protezione individuali ne risulta che oltre il 90% di coloro che ritenevano inadeguati i dispositivi individuali forniti dall'azienda rientrano in questa casistica.

L'attenzione nei confronti delle misure precauzionali da adottare contro il rischio di contagio da Covid-19.

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>Più bassa nel luogo di lavoro piuttosto che in altri luoghi (supermercato, farmacia, ecc...) al di fuori di esso</i>	<i>Uguale sia nel luogo di lavoro che al di fuori di esso</i>	<i>Più alta nel luogo di lavoro piuttosto che in altri luoghi (supermercato, farmacia, ecc...) al di fuori di esso</i>
---	---	--

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



Quasi un terzo del campione (le percentuali, se raggruppate per ruolo di appartenenza, sono simili tra loro) sostiene di aver adottato nel luogo di lavoro misure precauzionali superiori a quelle che ha invece adottato in altri luoghi al di fuori di esso.

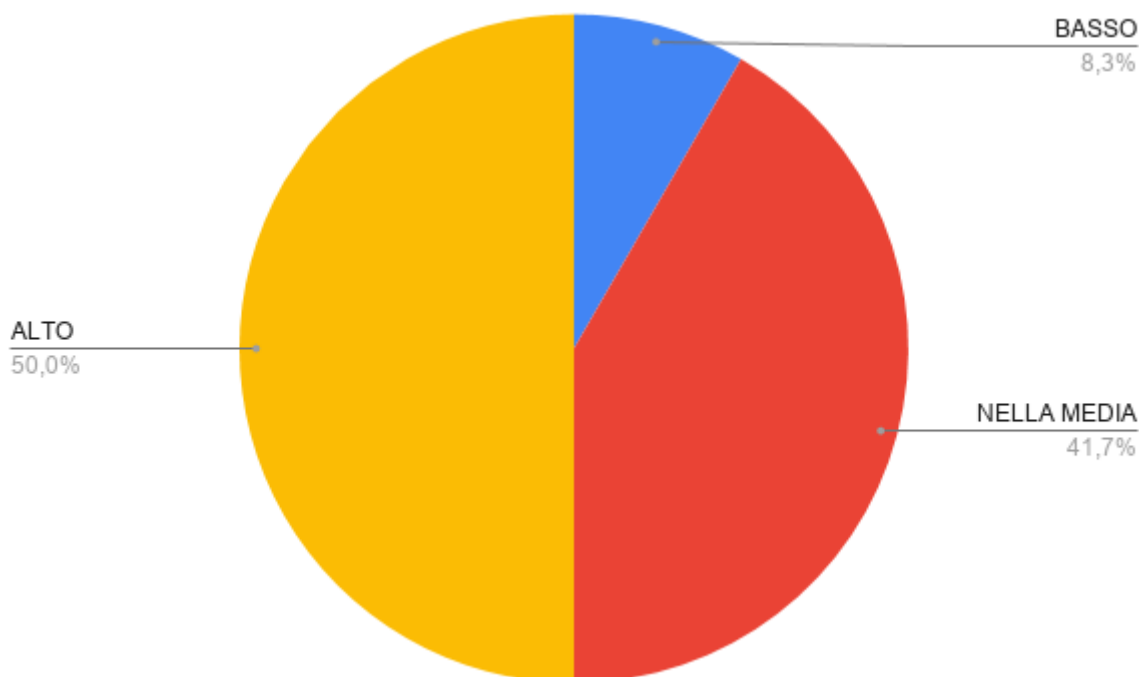
Incrociando questo risultato con l'item relativo ai dispositivi di protezione individuali ne risulta che oltre l'80% di coloro che ritenevano inadeguati i dispositivi individuali forniti dall'azienda rientrano in questa casistica.

Nelle settimane del picco dei contagi (seconda metà di marzo – inizi di aprile) valutavi il pericolo di essere contagiato/a sul luogo di lavoro.

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

BASSO	NELLA MEDIA	ALTO
-------	-------------	------

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



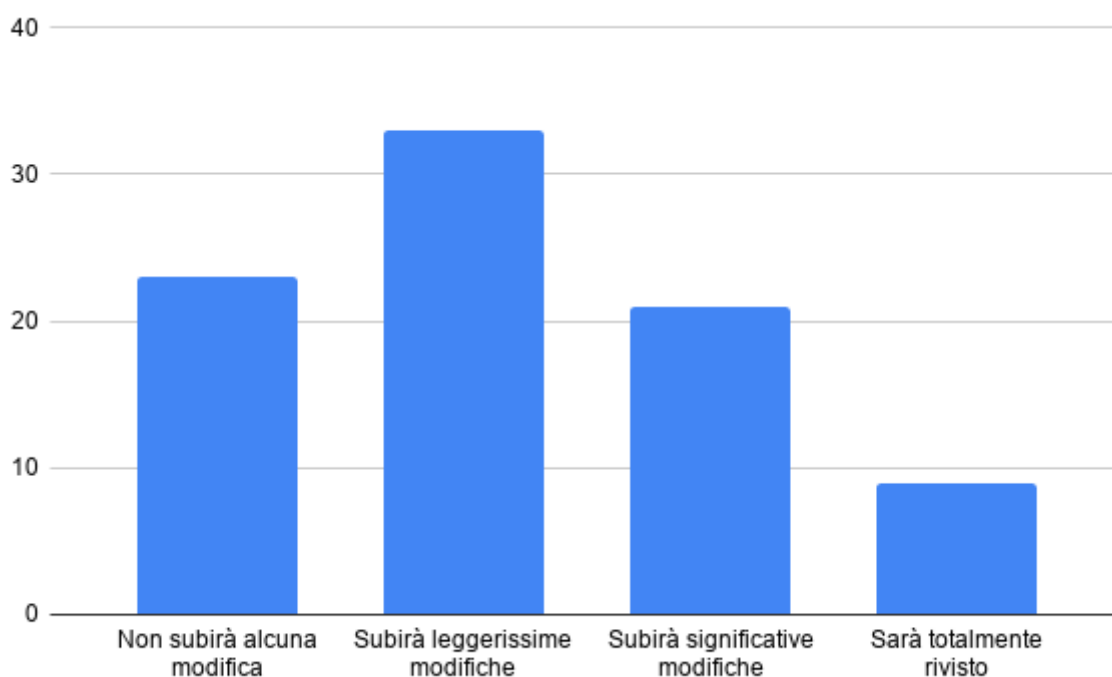
Rispetto all'item precedente, qui è la metà del campione a ritenere alto il rischio di contagio sul luogo di lavoro. Incrociando questo risultato con i ruoli ricoperti non si osservano grosse variazioni. Incrociando invece questo risultato con l'item relativo ai dispositivi di protezione individuali ne risulta che quasi il 100% di coloro che ritenevano inadeguati i dispositivi individuali forniti dall'azienda rientrano in questa casistica.

Il rapporto con gli altri per il futuro.

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>Non subirà alcuna modifica sostanziale</i>	<i>Subirà leggerissime modifiche</i>	<i>Subirà significative modifiche</i>	<i>Sarà totalmente rivisto e rimodulato</i>
---	--------------------------------------	---------------------------------------	---

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



I risultati di questo item mostrano che oltre i tre quarti del campione analizzato reputano inevitabile una modifica (seppur con gradi di rivisitazione differenti) nel loro modo di intendere e vivere le relazioni con gli altri.

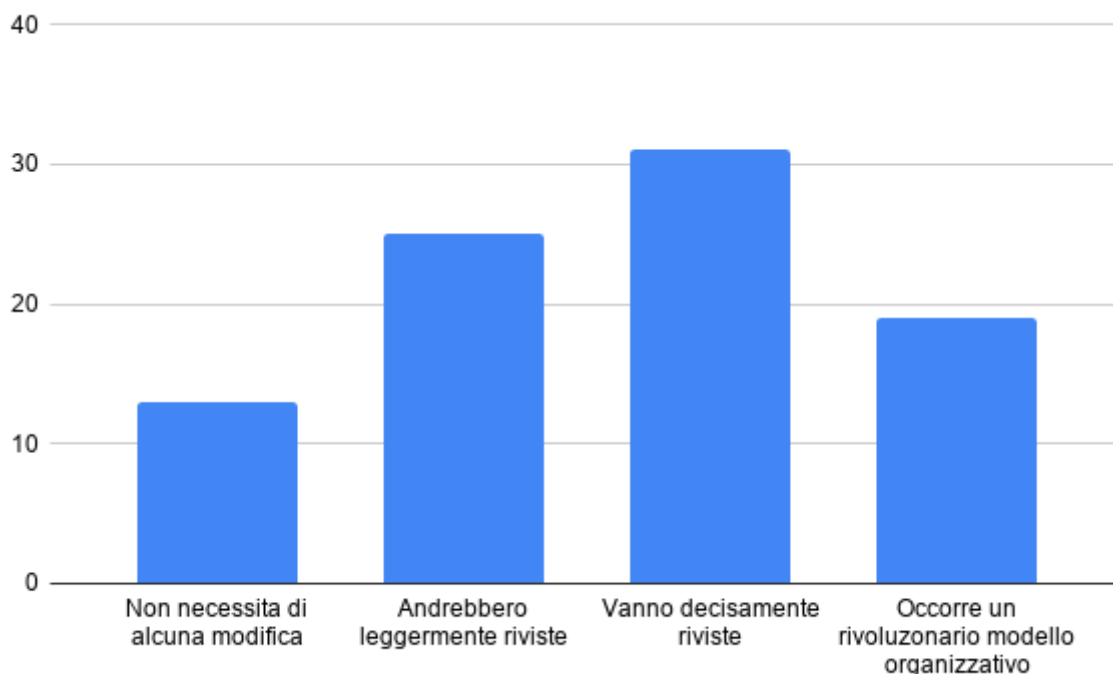
Naturalmente bisogna tener presente che un item come questo è fortemente condizionato dal fattore tempo: tra qualche mese, probabilmente, tali proporzioni si saranno notevolmente ridimensionate.

La necessità di nuove modalità organizzative del lavoro per il futuro.

Le opzioni di risposta sono state le seguenti:

<i>Non necessita di alcuna modifica sostanziale</i>	<i>Andrebbero leggermente riviste</i>	<i>Vanno decisamente riviste</i>	<i>Occorre un nuovo e rivoluzionario modello organizzativo</i>
---	---------------------------------------	----------------------------------	--

I dati restituiti dal campione analizzato sono riportati nel seguente grafico:



Quest'ultimo item è certamente il più significativo in prospettiva di Customer Satisfaction: oltre l'85% del campione ritiene che le attuali modalità organizzative vanno ricalibrate in quanto non più rispondenti all'attuale situazione generale.

Conclusioni

In questo project work si è discusso della Customer Satisfaction applicata ai dipendenti, medici, infermieri e amministrativi dell'ASP di Catania afferenti al Dipartimento Attività Territoriali.

Lo studio è stato eseguito su di un campione di cento unità casualmente estratte da tre strutture fisicamente separate: il PTA San Luigi, il PTA San Giorgio e il Distretto Sanitario di Catania.

I risultati ottenuti dai dati raccolti a seguito della somministrazione di un questionario di 20 domande possono essere così presentati.

Il profilo medio dei dipendenti campionati mostra una età media decisamente avanzata (quasi il 90% degli intervistati ha una età anagrafica superiore a 50 anni) con un profilo contrattuale in gran parte a tempo indeterminato (oltre il 90% del campione). Inoltre, solo una piccola parte degli intervistati vive da sola (meno del 20%), mentre la rimanente parte vive in famiglia, coi genitori o convive.

L'organizzazione lavorativa durante la pandemia dai dati raccolti può essere caratterizzata nella seguente maniera. Il 55% dei dipendenti dichiara di aver svolto, seppur con frequenze diverse, compiti e/o mansioni non di propria competenza, mentre l'87% dichiara di aver avuto, in maniera più o meno continuata, rapporti col pubblico; Solo il 45% dei dipendenti ritiene che i dispositivi di protezione individuale forniti siano stati adeguati alle reali esigenze della mansione che veniva ricoperta. Infine, il 78% del campione si dichiara favorevole a che nuove modalità operative alternative al lavoro tradizionale (smart working, telelavoro) siano da preferire in situazioni come queste, sebbene il 75% degli stessi intervistati dichiara di non aver mai lavorato con tali modalità telematiche.

La sfera psico-sociale dei dipendenti campionati restituisce la seguente configurazione: le varie connessioni relazionali (coi colleghi, coi superiori, con i fruitori esterni dei servizi erogati dall'azienda sanitaria) rimangono tendenzialmente inalterate

(circa il 60% del campione) anche se una quantità non indifferente di dipendenti dichiara che tali relazioni hanno inevitabilmente subito delle modifiche. Le domande specifiche sul modo di concepire le relazioni amicali extralavorative e quelle lavorative alzano la percentuale di coloro che ritengono in atto una trasformazione nel modo di viverle a quasi il 50%.

L'ultima parte del questionario, infine, fornisce le seguenti coordinate di riferimento: quasi la metà dipendenti valuta più probabile il rischio di contagio sul luogo di lavoro piuttosto che all'esterno sebbene oltre il 63% riconosce che l'attenzione alle misure precauzionali da intraprendere sia uguale tanto nel contesto lavorativo quanto in quello extralavorativo; pur tuttavia, esattamente metà del campione valutava il luogo di lavoro come l'ambiente con probabilità più alta di contrarre il contagio durante le settimane del picco della pandemia. Infine, oltre il 75% del campione ammette che il rapporto con gli altri per il futuro subirà delle modifiche più o meno sostanziali e oltre l'85% riconosce che è indispensabile progettare nuove modalità organizzative del lavoro per il futuro.

Dalla modellizzazione così ottenuta, il management aziendale, al fine di sopperire alle criticità emerse e di migliorare ulteriormente le positività riscontrate, può e deve trarre diversi spunti di riflessione dai risultati di questo questionario.

Basandoci sulla terminologia tassonomica, possiamo concludere che della serie degli attributi determinanti la service quality i seguenti andrebbero attenzionati con particolare attenzione e solerzia:

- miglioramento del livello percepito di comfort e di sicurezza: l'ambiente del servizio, ovvero l'ambiente di lavoro, deve tendere a divenire per la totalità dei dipendenti un luogo più confortevole e sicuro rispetto al mondo esterno, specialmente durante situazioni di emergenza;
- potenziamento della flessibilità e della reattività: il management deve ulteriormente insistere e investire su servizi maggiormente adattabili alle esigenze dell'utenza e al contesto ambientale (smartworking, telelavoro);
- comunicazione: è altresì di fondamentale importanza da parte del management aziendale curare l'abilità di comunicare all'utenza: molte delle incertezze emerse nel questionario potrebbero essere superate semplicemente utilizzando una comunicazione più chiara e comprensibile.

Allegato A

Organigramma ASP aggiornato (DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI)

DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI, INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO E SOCIO SANITARIE - Funzionale					
Unità Operativa Complessa	Unità Operativa Semplice	Unità Operativa Semplice Dipartimentale	UOC	UOS	UOD
Cure Primarie e integrazione socio sanitaria	Rapporti con i MMG, PLS, Medici della Comunità Assistenziale e Medici dell'Emergenza Integrazione Ospedale e Territorio: monitoraggio e gestione liste di attesa - CUP Provinciale		1	2	
Servizio Medicina Legale e fiscale Necroscopica			1		
Distretto Sanitario di Acireale	PTA Acireale		1	1	
Distretto Sanitario di Adrano	PTA Adrano		1	1	
Distretto Sanitario di Bronte	PTA Bronte		1	1	
Distretto Sanitario di Caltagirone	PTA Caltagirone		1	2	
Distretto Sanitario di Catania			1		
Distretto Sanitario di Giarre	PTA Giarre		1	1	
Distretto Sanitario di Gravina di Catania			1		
Distretto Sanitario di Palagonia	PTA Palagonia		1	2	
Distretto Sanitario di Paternò	PTA Paternò		1	1	
PTA San Giorgio Catania			1		
PTA San Luigi Catania			1		
PTA Gravina di Catania			1		
Medicina della migrazione e delle emergenze sanitarie			1		
Coordinamento Attività Amministrative Territoriali			1		
		Cure Palliative			1
totale Dipartimento			16	11	1
DIPARTIMENTO DELLE CURE INTERMEDIE, DOMICILIARI E DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - Funzionale					
Unità Operativa Complessa	Unità Operativa Semplice	Unità Operativa Semplice Dipartimentale	UOC	UOS	UOD
Implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e Verifica Appropriatazza (§)			1		
Specialistica ambulatoriale interna ed esterna accreditata	Specialistica Ambulatoriale Esterna		1	1	
Coordinamento e Controllo ADI, Cure palliative, RSA e Lungodegenze Ospedaliere (§§)			1		
Medicina Penitenziaria			1		
§) Già UOC Programmazione, governo clinico e appropriatezza percorsi clinico-assistenziali e innovazione tecnologica					
§§) Già UOC Analisi e verifica Assistenza Primaria (MMG, PLS), Continuità assistenziale e ADI, Cure Palliative e RSA					
totale Dipartimento			4	1	0

Allegato B

Questionario di valutazione della qualità del lavoro durante l'emergenza Covid-19

Azienda cod.: _____ Presidio/Distretto cod.: _____

Gentile collega,

ti chiedo di esprimere la tua opinione in riferimento alla gestione organizzativa del lavoro durante l'emergenza sanitaria Covid-19.

I dati da Te forniti nel presente questionario verranno trattati nel pieno rispetto della riservatezza e Tu non potrai essere in alcun modo identificato/a.

Le informazioni saranno utilizzate a scopo accademico ed, eventualmente, come feedback per un futuro miglioramento interno.

Non ci sono risposte esatte e risposte errate: bisogna rispondere ciò che davvero si pensa.

Per ogni quesito, una sola risposta (annerendo la casella che più è confacente alla Tua opinione).

Grazie per la collaborazione!

Domande 1-5: Generalità.

1. Ruolo di appartenenza:

<i>Dirigenza sanitaria</i>	<i>Dirigenza non sanitaria</i>	<i>Comparto sanitario</i>	<i>Comparto amministrativo</i>
--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

2. Fascia d'età:

<i>18-29</i>	<i>30-39</i>	<i>40-49</i>	<i>50-59</i>	<i>60+</i>
--------------	--------------	--------------	--------------	------------

3. Tipologia contrattuale:

<i>Contratto a t.i.</i>	<i>Contratto a t.d.</i>	<i>Altro</i>
-------------------------	-------------------------	--------------

4. Distanza casa / sede di lavoro:

<i>0-2 km</i>	<i>2-5 km</i>	<i>5-10 km</i>	<i>10-20 km</i>	<i>Oltre 20 km</i>
---------------	---------------	----------------	---------------------	------------------------

5. Nucleo familiare:

<i>Vivo solo/a</i>	<i>Vivo coi genitori</i>	<i>Convivo</i>	<i>Vivo con famiglia</i>	<i>Altro</i>
------------------------	------------------------------	----------------	------------------------------	--------------

Domande 6-10: Organizzazione lavorativa.

6. Durante l'emergenza da Covid-19 hai svolto anche mansioni/compiti che in condizioni ordinarie non ti competono?

<i>MAI</i>	<i>RARAMENTE</i>	<i>A VOLTE</i>	<i>SPESSO</i>	<i>SEMPRE</i>
------------	------------------	----------------	---------------	---------------

7. Hai avuto contatti, per le tue mansioni, col pubblico?

<i>MAI</i>	<i>RARAMENTE</i>	<i>A VOLTE</i>	<i>SPESSO</i>	<i>SEMPRE</i>
------------	------------------	----------------	---------------	---------------

8. I dispositivi di protezione individuale forniti si sono rivelati adeguati?

<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NON SAPREI</i>
-----------	-----------	-------------------

9. Le modalità operative alternative al lavoro tradizionale (smart working, telelavoro, ecc...) sono secondo te da preferire in queste situazioni?

<i>NO, MAI</i>	<i>A VOLTE</i>	<i>NON SAPREI</i>	<i>SI, SPESSO</i>	<i>SI, SEMPRE</i>
----------------	----------------	-------------------	-------------------	-------------------

10. Hai concretamente lavorato con modalità di smart working o telelavoro?

<i>MAI</i>	<i>RARAMENTE</i>	<i>A VOLTE</i>	<i>SPESSO</i>	<i>SEMPRE</i>
------------	------------------	----------------	---------------	---------------

Domande 11-15: Sfera psichico-relazionale.

11. Il rapporto di collaborazione coi colleghi:

<i>È molto peggiorato</i>	<i>È leggermente peggiorato</i>	<i>È tale e quale a prima</i>	<i>È leggermente migliorato</i>	<i>È molto migliorato</i>
---------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------

12. Il rapporto coi superiori:

<i>È molto peggiorato</i>	<i>È leggermente peggiorato</i>	<i>È tale e quale a prima</i>	<i>È leggermente migliorato</i>	<i>È molto migliorato</i>
---------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------

13. Il rapporto con l'utenza:

<i>È molto peggiorato</i>	<i>È leggermente peggiorato</i>	<i>È tale e quale a prima</i>	<i>È leggermente migliorato</i>	<i>È molto migliorato</i>
---------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------

14. Il tuo modo di concepire le relazioni sociali amicali:

<i>Ha subito una trasformazione irreversibile</i>	<i>Ha subito una trasformazione ma tornerà come prima</i>	<i>Non ha subito particolari variazioni</i>
---	---	---

15. Il tuo modo di concepire le relazioni sociali lavorative:

<i>Ha subito una trasformazione irreversibile</i>	<i>Ha subito una trasformazione ma tornerà come prima</i>	<i>Non ha subito particolari variazioni</i>
---	---	---

Domande 16-20: Percezioni e vissuti emotivi.

16. La tua percezione del rischio di contagio da Covid-19 è stata:

<i>Più bassa nel luogo di lavoro piuttosto che al di fuori di esso</i>	<i>Uguale sia nel luogo di lavoro che al di fuori di esso</i>	<i>Più alta nel luogo di lavoro piuttosto che al di fuori di esso</i>
--	---	---

17. La tua attenzione nei confronti delle misure precauzionali da adottare contro il rischio di contagio da Covid-19 è stata:

<i>Più bassa nel luogo di lavoro piuttosto che in altri luoghi (supermercato, farmacia, ecc...) al di fuori di esso</i>	<i>Uguale sia nel luogo di lavoro che al di fuori di esso</i>	<i>Più alta nel luogo di lavoro piuttosto che in altri luoghi (supermercato, farmacia, ecc...) al di fuori di esso</i>
---	---	--

18. Nelle settimane del picco dei contagi (seconda metà di marzo – inizi di aprile) valutavi il pericolo di essere contagiato/a sul luogo di lavoro:

<i>BASSO</i>	<i>NELLA MEDIA</i>	<i>ALTO</i>
--------------	--------------------	-------------

19. Nei prossimi mesi e anni ritieni che il tuo rapporto con gli altri

<i>Non subirà alcuna modifica sostanziale</i>	<i>Subirà leggerissime modifiche</i>	<i>Subirà significative modifiche</i>	<i>Sarà totalmente rivisto e rimodulato</i>
---	--------------------------------------	---------------------------------------	---

20. Nei prossimi mesi e anni le modalità organizzative del tuo lavoro

<i>Non necessita di alcuna modifica sostanziale</i>	<i>Andrebbero leggermente riviste</i>	<i>Vanno decisamente riviste</i>	<i>Occorre un nuovo e rivoluzionario modello organizzativo</i>
---	---------------------------------------	----------------------------------	--

BIBLIOGRAFIA

Busacca B., Costabile M., *“Marketing. Una disciplina fantastica”*, EGEA, 2018.

Fontana F., Rossi M., *“La rilevazione della customer satisfaction negli enti locali”*, Halley, 2005.

Hirschman A., *“Lealtà, defezione, protesta”*, Il Mulino, 2017.

Johnston R., Clark G., Shulver M., *“Service operation management”*, Pearson, 2012.

Zeithaml V., Parasuraman A., Berry L., *“Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations”*, Free Press, 1990.

SITOGRAFIA

Ministero della Salute

<http://www.salute.gov.it/portale/home.html>

Organizzazione mondiale della sanità

https://www.who.int/peh-emf/publications/italy_dis/en/

ASP Catania

<https://www.aspct.it/>

Protezione civile

<http://www.protezionecivile.gov.it/>

Governo italiano

<http://www.governo.it/>

La SICILIA

<https://www.lasicilia.it/news/covid-19/340065/coronavirus-in-sicilia-il-quadro-nelle-nove-province.html>

La STAMPA

<https://www.lastampa.it/cronaca/2020/04/01/news/coronavirus-il-bollettino-della-protezione-civile-sale-il-numero-di-contagi-700-in-piu-di-ieri-cala-il-numero-dei-morti-ma-sono-727-vittime-1.38665722>