

Qualità percepita e pediatria di gruppo: avvio di una ricerca

MARIO ANCONA¹, DELIA DUCCOLI²

¹Psichiatra, Psicoterapeuta, Formatore, Presidente A.D.R. - Analisi delle Dinamiche di Relazione

²Psicologa, Psicoterapeuta, Formatrice, Membro A.D.R.

Il lavoro è ricco di implicazioni soggettive e quasi filosofiche. Il modello di indagine sperimentato, molto professionale e impegnativo, può essere occasione di crescita per ogni gruppo professionale che volesse riprodurlo; il rischio è che, essendo un modello intrinsecamente utopico e aristocratico, venga sviluppato da chi sente il bisogno di crescere piuttosto che da chi avrebbe la necessità di migliorare. I risultati del lavoro, sia pure come stimolo, possono però servire per tutti.

La passione da sola mette in fuga la verità, che, suscettibile e agile, riesce a sottrarsi. La ragione da sola non riesce a sorprendere la preda. Passione e Ragione insieme possono forse sperare di avere maggior fortuna.

Maria Zambrano

Le situazioni sono simboliche; è una debolezza degli uomini trattarle analiticamente dissolvendone così il senso.

Hugo Von Hofmannsthal

LA CENTRALITÀ DEL RAPPORTO MEDICO E PAZIENTE: UNA NUOVA VIA PER RITROVARE UN ANTICO VALORE

Il fatto che oggi in medicina, nella pratica medica, si parli sempre più spesso di "customer satisfaction", di "valutazione della qualità percepita", di "utente", di "cliente", evidenzia il profondo mutamento in atto nella prospettiva di chi opera nell'ambito sanitario, nei servizi alla salute. Idee nuove si fanno strada nella sanità.

Non si tratta di idee assolutamente originali, provengono dal mondo delle aziende, della produzione, e dall'ambito delle società di servizio; ma è il loro trasferimento nella sfera della cura, della salute, della malattia che costituisce qualcosa di nuovo. È un evento significativo per le implicazioni culturali che sottende, per gli effetti sugli atteggiamenti degli attori coinvolti che promette di esercitare. Parlare del paziente anche come utente o cliente vuol dire vederlo non più oggetto passivo dell'atto medico, ma promuoverlo a soggetto attivo nella relazione^{1,2,3}.

PERCEIVED QUALITY IN PAEDIATRIC GROUP PRACTICE: A FOCUS GROUP APPROACH (Medico e Bambino 18, 427-432, 1999)

Key words

Patient satisfaction, Quality of care, Paediatric group practice, Focus group

Summary

The Authors briefly discuss the issue of quality of care evaluation and more specifically the possible approaches to the evaluation of quality as perceived by patients. The results of a pilot study based on a focus group approach involving 10 mothers who experienced the evolution from single to group paediatric practice are presented. The findings show that changes were perceived as favourable (greater availability, better organization, improved competence, new services offered) provided that patient-doctor relationship is maintained, and that the overall image of group practice is a positive one. Qualitative approaches appear promising for the relevance of feedback information they provide to doctors.

E tuttavia l'incontro col medico si caratterizza per un'asimmetria, potremmo dire costitutiva: il paziente è in un momento di grande fragilità, facilmente manipolabile, totalmente esposto. Non sembra quindi realistico parlare, nell'ambito dei servizi sanitari, in modo semplicistico, di utente o cliente, introducendo la

superficiale equazione: paziente = cliente. Se non si tiene conto di questa realtà, promuovere il paziente a soggetto attivo nella relazione con il medico può rimanere una pura finzione che, dietro la maschera di una maggiore relazionalità, l'utente, non consente il realizzarsi di un autentico dialogo negoziale.

LA VALUTAZIONE COME POSSIBILITÀ OLTRE LA MISURA

Valutare la qualità percepita dal paziente, interrogarsi circa la sua soddisfazione per le cure ricevute, vuol dire valorizzare la soggettività del paziente e porre le basi per costruire un incontro dialogico.

Quando si parla di valutazione e di qualità nell'ambito dei servizi, alcuni evidenziano la difficoltà a individuare indicatori significativi e sottolineano come l'attività relazionale sia difficilmente riducibile a numeri, e temono che uno sguardo troppo oggettivante impedisca di cogliere le profonde implicazioni etiche delle relazioni di servizio, e di aiuto in particolare. Procedere a momenti di valutazione richiede di scomporre il proprio lavoro in atti cognitivamente pregnanti, individuandone le pietre miliari.

LA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

La qualità percepita è un aspetto della qualità complessiva che concorre a definire il valore di un servizio. Nella *Tabella I* si fa riferimento, come esempio, al modello delle "Cinque P", per evidenziare le diverse possibili dimensioni della qualità⁴.

Come avviene spesso per concetti di uso comune, a tutti noi sembra di sapere che cosa intendiamo quando parliamo di un servizio di qualità, di un prodotto di qualità. È una conoscenza intuitiva, in parte frutto dell'esperienza. Più problematico è trasformarla in una conoscenza esplicita, in criteri operativi. Nell'ambito della classica suddivisione degli indicatori^{5,6} (di risorsa/struttura; di attività/processo; di risultato/outcome) gli indicatori relativi alla soddisfazione del paziente sono una componente del risultato^{7,9}. È comunemente riconosciuto come si tratti di misure difficili da ottenere¹⁰. Sono numerosi i fattori che contribuiscono a rendere complesso il rilevamento di questi dati. Il paziente non è sempre in grado di valutare la competenza tecnica del personale medico. Le percezioni e i giudizi sono spesso condizionati dallo stato emotivo e psicofisico. Molto dipende dagli esiti dell'intervento, cosicché il medico potrà essere idealizzato e visto come il salvatore; oppure vissuto come un incompetente ciarlatano. Ben sappiamo che un buon risultato non sempre implica una medicina di buona qualità e viceversa¹¹.

Se esiste un ampio dibattito circa gli

IL MODELLO DELLE 5 P

Attori	Dimensioni della qualità	Domande
Concorrenza	Qualità Paragonata	Come mi posiziono?
Clienti	Qualità Prevista Qualità Percepita	Cosa desidera il Cliente? Cosa ritiene di ricevere il Cliente?
Azienda/Ente	Qualità Progettata Qualità Prestata	Cosa voglio dare e come? Cosa erogo realmente?

Tabella I

outcome di trattamento, che valutano l'intervento clinico, la qualità della vita successiva alla cura, per così dire, il prodotto delle cure mediche, ancora più complessa è la valutazione degli aspetti relazionali che caratterizzano l'aspetto meno tangibile dell'atto medico, cioè il servizio. La *Tabella II* sintetizza gli strumenti più frequentemente utilizzati per ottenere feed-back dai pazienti¹².

LA PEDIATRIA DI GRUPPO E LE RAGIONI DI UNA RICERCA

La pediatria di gruppo risulta ancora una esperienza nuova per la realtà italiana, ed è tuttora poco diffusa se paragonata agli altri Paesi Europei¹³. La pratica di gruppo si prefigge di realizzare miglioramenti sul piano organizzativo-gestionale, sviluppare la professionalità del medico e migliorare la qualità dell'intervento, con ricadute positive non solo sul paziente, il cliente esterno, ma anche

sull'équipe sanitaria nel suo complesso, il cliente interno. Sembra quindi logico che i suoi fautori si interrogino riguardo al raggiungimento di tali obiettivi. Si chiedano come venga vissuto il nuovo modello organizzativo dai pazienti, e come la nuova forma influenzi un nuovo modo di fare medicina.

Proporre un intervento di valutazione in questo momento vuol dire tenere conto anche delle ricerche fino ad ora realizzate in ambito pediatrico. In particolare si devono qui ricordare due studi: il primo svolto nel 1993 dall'ACP Toscana, e il secondo nel 1995 dall'APREF e dalla FIMP Veneto¹⁴. Entrambe le ricerche evidenziano come l'area della pediatria di famiglia costituisca una realtà positiva nel panorama sanitario italiano. Gli autori toscani parlano «di una sorta di isola felice nel SSN», così come l'indagine veneta evidenzia utenti molto soddisfatti del servizio. Le ricerche sono state realizzate con modalità diverse, ma simili sono state le aree esplorate con

METODOLOGIE PER ASCOLTARE LA VOCE DEI PAZIENTI

- Piccoli gruppi (focus group).** Viene formato un piccolo gruppo di pazienti (8-12 persone) e un moderatore cerca di raccogliere informazioni riguardo a un particolare problema.
- Tecnica dell'incidente critico.** Un intervistatore chiede a un paziente di pensare a uno specifico evento e di descrivere le situazioni critiche che gli vengono in mente.
- Osservazione diretta.** Il personale osserva i pazienti e compie deduzioni riguardanti bisogni e grado di soddisfazione. Un metodo alternativo consiste nell'introdursi in incognito, come un normale paziente.
- Analisi del contenuto di lettere e commenti.** Il personale valuta le lettere o i commenti espressi dai pazienti.
- Questionari scritti.** Questi questionari vengono spediti o distribuiti a gruppi campione di pazienti.
- Ricerche sul campo.** Queste ricerche cercano di scoprire i bisogni e i desideri dei pazienti attraverso indizi. Per esempio, osservando il cibo avanzato dai pazienti, si può capire quali sono i cibi graditi o sgraditi.
- Questionari telefonici.** Sono simili ai questionari scritti, ma in questo caso i pazienti rispondono telefonicamente.
- Interviste.** Un gruppo campione di pazienti viene intervistato faccia a faccia o per telefono.

Tabella II

item tipici nelle ricerche di soddisfazione del paziente (Tabella III).

La proposta di una ricerca può muovere naturalmente dall'esigenza di valutare la *customer satisfaction* nel caso della pediatria di gruppo, e già questo sarebbe un obiettivo diverso dalle ricerche precedenti. Pertanto una ipotesi potrebbe essere quella di mantenere un protocollo simile, ad esempio, alla ricerca effettuata in Veneto, per poter trarre più facilmente dati di controllo. Tuttavia l'utilizzo di questionari a risposta chiusa, se da un lato fornisce risposte precise e facilmente misurabili, non offre alcuna informazione in più rispetto a quelle che abbiamo in mente. Consente, certo, correlazioni e verifiche, ma rende difficile l'introduzione di aspetti a cui non si è pensato. Ancora, come sottolineato, gli atteggiamenti verso gli aspetti relazionali, comunicativi, richiedono strumenti più sofisticati dei questionari. Una proposta per una nuova ricerca potrebbe prevedere la realizzazione anche di questionari, non solo però a risposte chiuse, costruiti a partire dall'ascolto diretto dei pazienti attraverso metodi qualitativi.

Una tecnica di ricerca attualmente sempre più utilizzata è quella del Focus group: interviste approfondite in piccolo gruppo (7-12 persone); discussioni tra pari, guidate da un facilitatore esperto.

La dinamica di gruppo può motivare a vicenda i partecipanti, favorendo lo sviluppo di nuove idee, nuove ipotesi, stimolando il richiamo di vicende positive, incidenti critici. Promuove un confronto che si approfondisce, via via che procede la discussione (uno strumento sensibile, che consente di evidenziare le diverse dimensioni dei bisogni e aspettative dell'utente) (Tabella IV)¹⁵.

I Focus group facilitano l'individuazione

ITEM UTILIZZATI NELLE RICERCHE DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE			
Accessibilità al servizio: fissare appuntamento per check-up o visite	Tempo d'attesa nello studio	Rispetto e gentilezza	Continuità terapeutica
Possibilità di contattare il medico nelle ore di chiusura	Risposta alle emergenze	Comunicazione telefonica	Trattamento da parte del resto dello staff
Capacità comunicative del medico	Possibilità di ulteriori interventi medici	Segnalazione ad altri utenti	

Tabella III

BISOGNI E ATTESE DEL PAZIENTE/CLIENTE		
Requisiti	Bisogni	Benefici
Dati per scontati	Espliciti	Tangibili
Attesi	Impliciti	Intangibili
Inattesi	Latenti	

Tabella IV

proprio di quegli aspetti più nascosti, quindi più profondi, aiutano a individuare quello a cui non abbiamo ancora pensato. Sono strumenti più creativi, più flessibili del questionario, alla cui realizzazione tuttavia possono concorrere. La finalità non è quella di individuare una opinione condivisa, come ad esempio la NGT, ma di favorire un momento di divergenza del pensiero. In effetti, se si vuole dare parola al paziente, iniziare dall'ascolto diretto sembra la via più in sintonia con il progetto. Possono le tecniche qualitative sostituire l'approccio più quantitativo in questo caso? Probabilmente no. Per giungere a conclusioni significative i ricercatori consigliano di

raggiungere il 5-20% della popolazione target. Il caso in esame sembra una situazione in cui unire le diverse tecniche, dove il Focus group può essere utilizzato per costruire strumenti di ricerca, individuare opinioni e atteggiamenti, da confermare successivamente con metodologie più quantitative.

L'AVVIO DELLA RICERCA, RIFLESSIONI SU UN PRIMO FOCUS GROUP

I risultati emersi da un primo Focus group organizzato a Bergamo consentono di apprezzare le possibilità della tecnica e introdurre alcuni dati utili alla di-

ALCUNE CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE							
Paziente	Età (anni)	Stato civile	Titolo di studio	Lavoro	Numero figli ed età (anni)	Prec. esp. con medici	Durata esp. PdG
T.	36	coniugata	dipl sup	impiegata	1 m - 1a	no	20 mm
L.	33	coniugata	dipl sup	impiegata	2 m - 3/6	no	5.5 aa
C.	35	coniugata	dipl sup	casalinga	2 f - 1/6	no	5a
B.	49	coniugata	media	casalinga	2 f - 5/8	si	6 aa
F.	31	coniugata	dipl sup	impiegata	1 m - 2	no	2 aa
P.	38	coniugata	dipl sup	insegnante	2 m e 1 f - 3/4/9	no	5.5 aa
S.	46	coniugata	media	casalinga	2 m - 8/11	si	5.5 aa
M.	34	coniugata	laurea	farmacista	2 f e 1 m - 3/6/9	si	5.5 aa
R.	35	coniugata	laurea	bibliotecaria	2 f e 1 m - 7/10/13	no	5.5 aa
D.	55	coniugata	laurea	pensionata	1 f - 12	no	5.5 aa

Tabella V

I TEMI DELLA DISCUSSIONE

1. Facendo riferimento alla vostra esperienza, quali ritenete siano le caratteristiche auspicabili nel pediatra di base per realizzare un rapporto di fiducia? Individuate 5 caratteristiche.
2. Come potreste sintetizzare le differenze che caratterizzano il rapporto con il classico pediatra di base e l'attuale pediatria di gruppo? Individuate 5 differenze.
3. Provate a sintetizzare con delle immagini l'esperienza che avete maturato nel rapporto con il pediatra di base ... e successivamente con la pediatria di gruppo: quali immagini vi suscitano il ricordo del primo e l'attuale esperienza della seconda?

Tabella VI

CARATTERISTICHE AUSPICABILI NEL PEDIATRA DI BASE PER REALIZZARE UN RAPPORTO DI FIDUCIA

Competenza tecnica	Competenza relazionale	Area relazionale	Organizzazione del servizio
Esperienza	Saper ascoltare	Ascolto	Reperibile
Essere aggiornato	Disponibilità		Disponibile a visite domiciliari quando necessario
Partecipare a congressi	Saper realizzare un buon rapporto con il bambino		Avere l'archivio
Scrivere articoli	Dimostra di avere cuore		Aggiornare le cartelle e i dati anamnestici
Saper gestire la relazione con gli altri specialisti	Capace di comprensione psicologica	Empatia /contenimento psicologico	
	Ti crede		
	Aperto alle medicine alternative		
	Sicurezza personale e professionale		
	Essere aperto ad accettare altre idee		
	Dare spiegazioni		
	Spiegare il perché delle scelte terapeutiche		
	Consapevole dei propri limiti		
	Che si sa assumere responsabilità	Leadership	
	Saper infondere sicurezza		

Tabella VII

scussione. All'incontro sono state invitate 12 madri, i cui figli erano seguiti presso i pediatri di gruppo di Bergamo. Alle partecipanti erano stati spiegati la natura e gli obiettivi dell'incontro. Delle 12 madri, 10 si sono regolarmente presentate. Nella *Tabella V* sono elencate alcune caratteristiche demografiche del gruppo.

Come di regola, i facilitatori del gruppo sono stati due. Sono stati presi appunti della discussione. Avendo ottenuto il consenso delle partecipanti, la seduta è stata videoregistrata per consentire un'analisi successiva più dettagliata.

Le partecipanti si sono dimostrate molto disponibili alla discussione, e sono apparse autenticamente coinvolte. Le riflessioni, le associazioni hanno spesso facilitato il ricordo di episodi significativi.

Tre sono state le domande proposte per la discussione al gruppo e sono presentate nella *Tabella VI*.

Nella *Tabella VII* sono sintetizzate le risposte emerse alla prima domanda. Quali sono le caratteristiche che un pediatra dovrebbe avere per suscitare fiducia nel paziente?

Le risposte si possono riunire in tre aree: competenza tecnica, competenza relazione, modalità di organizzazione del servizio; e appaiono in accordo con quanto affermato da Donabedian¹⁶, che sottolinea come due siano gli elementi chiave che caratterizzano una prestazione medica di qualità: competenza tecnica e competenza relazionale.

L'esame delinea immediatamente l'importanza degli aspetti relazionali, inestricabilmente legati alle capacità tecniche. Il medico deve essere in grado di infondere sicurezza (funzioni di leadership), ma deve farlo senza prevaricare il paziente. Nello stesso tempo deve saper decidere; comunicazioni del tipo: «preferisce che gli facciamo un esame o no?», «lo ricoveriamo se lei vuole» creano angoscia nel paziente; «non posso saperlo io, me lo dica lei» fu la risposta della madre. Viene richiesta autorevolezza, ma senza atteggiamento giudicante; capacità di contenimento e comprensione. La madre cerca un'alleanza con il medico: «se il bambino piange giorno e notte ti crede»; a distanza di tempo gli atteggiamenti giudicanti vengono ancora ricordati con dolore, momento di profonda incomprensione e di solitudine. Riflettendo su queste risposte appare chiaro perché spesso si parli di Arte Medica¹⁷. L'adeguato agire del medico non può essere codificato in regole; ma fruito

to di una capacità di sentire, che consente di cogliere quelle sfumature, che rendono irripetibile l'incontro con il paziente

Il secondo tema di discussione era volto a individuare le differenze tra il pediatra classico, e la pediatria di gruppo, che le utenti avevano sperimentato. Sarebbe emersa un'area di miglioramento o no? La *Tabella VIII* riporta le risposte.

La valutazione della pediatria di gruppo è decisamente positiva. Vengono individuate quattro aree di miglioramento: disponibilità, organizzazione, sviluppo di nuove attività, professionalità. Il gruppo rafforza l'immagine del singolo professionista, l'utente ritiene che possa anche gestire meglio i rapporti con i colleghi ospedalieri. Le madri evidenziano una migliore organizzazione del lavoro.

Tuttavia non c'è disponibilità a rinunciare al rapporto personale con il proprio medico; viene accettato un certo livello di intercambiabilità (può essere utile anche l'esperienza con un altro medico) e, per una sorta di legge transitiva, la fiducia riposta nel proprio medico viene estesa anche agli altri (se il mio pediatra si fida degli altri pediatri, io mi fido); tuttavia la mancanza di un rapporto ben definito verrebbe vissuta come destabilizzante, e sentita come una mancanza di continuità terapeutica. Su questo tema si sono registrati numerosi ricordi, carichi di sofferenza, di precedenti esperienze ospedaliere.

Tra tante risposte positive si registra un'area da migliorare: i tempi di attesa al telefono, che dalle madri costrette a telefonare dal lavoro, vengono percepiti come lunghi: «quando finalmente l'infermiera mi risponde, magari entra qualcuno in ufficio e devo chiudere». A un'indagine è risultato che i tempi di attesa sono in genere di alcuni minuti (un'area da indagare).

Un ruolo particolarmente importante viene svolto dalle infermiere. Dopo iniziali resistenze: «all'inizio sembrava che violasse il rapporto mamma-pediatra», le madri ne riconoscono il ruolo significativo. Particolarmente apprezzato è il fatto che non voglia sostituirsi al medico, e faciliti la comunicazione e il contatto. Nella *Tabella IX* sono sintetizzati i dati emersi.

Concludiamo con la sintesi delle risposte alla terza domanda (*Tabella X*).

La natura delle immagini è positiva, richiama la famiglia e una maggiore capacità ad agire (il pediatra con più mani): la pediatria di gruppo sembra così in grado di operare una integrazione tra

DIFFERENZE CHE CARATTERIZZANO IL RAPPORTO CON IL CLASSICO PEDIATRA DI BASE E L'ATTUALE PEDIATRIA DI GRUPPO			
Maggiore disponibilità	Migliore organizzazione	Possibile sviluppo di nuove attività	Garanzia di professionalità
Se manca uno c'è l'altro	L'unione fa la forza	Preparazione di schede informative	Un'esperienza triplicata
Ha più tempo per le visite, non deve vagliare le telefonate	Lo studio è più bello e funzionale	Organizzazione di corsi di pronto soccorso	C'è un confronto tra colleghi Possibilità di consulto tra loro
Meno disturbato	Tempi di attesa molto ridotti, negli altri ambulatori aspettano ore	La struttura di gruppo può farsi carico di attività che il singolo non può fare	Si sentono meno onnipotenti se fuori dalla porta ci sono due pediatri come loro
Meno lavoro burocratico e più disponibilità per il paziente	Hai sempre chi ti risponde Ci si fa meno problemi a telefonare		Maggiori possibilità contrattuali con strutture mediche esterne e specialistiche

Tabella VIII

competenze tecniche e competenze relazionali. L'organizzazione di gruppo viene sentita positivamente, rafforza il ruolo del singolo pediatra, senza spersonalizzare il rapporto con il paziente. Il gruppo concorre ad amplificare la funzione di holding del medico: evoca, infatti, la famiglia. Le immagini consentono di cogliere immediatamente l'intensità della proiezione idealizzante dei pa-

zienti. Si pensi, ad esempio, alla necessità di pensare a una situazione armonica. Numerose sono le ulteriori riflessioni: la fatica da parte del medico di corrispondere a un modello così alto, il rischio di rebound da parte del paziente; il peso che le parole del medico possono avere; ancora quanto sia importante, pensando all'armonia immaginata, contenere le tensioni e le divergenze tra

IL RUOLO DELL' INFERMIERA

- L'infermiera è una meraviglia, puoi sempre chiamarla, anche per quelle cose per cui non disturberesti il pediatra
- Sono competenti, preparate
- Lo svezzamento me lo hanno curato loro, mi sono seduta con loro, mi spiegano tutto
- È un filtro elastico, se vuoi parlare con il pediatra te lo passano
- È più piacevole, si possono fare più domande, il rapporto è più sciolto, libero
- Se mi risponde il pediatra, rimango spiazzata (viene voglia di chiedere: scusi, mi passi l'infermiera)
- Meno male che ci sono loro
- È molto comodo
- Sono persone che ti danno fiducia

Tabella IX

LE IMMAGINI DELLA PEDIATRIA DI GRUPPO

- Il pediatra con più mani.
- La famiglia allargata di una volta in cui ci si dava una mano, c'erano i nonni, gli zii
- Camera azzurra, riposante
- Parco giochi dove le mie figlie si divertono
- Un bouquet (il pediatra da solo è un fiore solo)
- Il pediatra singolo è un punto vagante nel foglio, difficile da individuare. In gruppo è il centro di un cerchio (è più facile da individuare, ed è anche in relazione con tutti i punti)
- È un pediatra che si è moltiplicato (anche se il rapporto personale rimane fondamentale)
- Un labirinto con al centro lo studio che fa vedere dov'è la strada
- Armonia

Tabella X

colleghi, davanti al paziente (questo può essere un problema in altri ambiti organizzativi).

Gli strumenti qualitativi di indagine sembrano essere così mezzi utili per raccogliere informazioni da verificare successivamente a un livello statistico, tuttavia appare evidente l'immediata rilevanza nell'avviare una riflessione circa il proprio agire e quindi sul piano etico.

Sembra possibile così ipotizzare il loro utilizzo non solo come momento preliminare a successive ricerche, ma anche al fine di fornire stimoli per la realizzazione di interventi formativi finalizzati allo sviluppo, al raffinamento di quelle capacità relazionali, emotive, che sono fondamento del rapporto tra medico e paziente che diventi incontro¹⁸.

Bibliografia

1. Torre E, Ancona M: Consultation Liaison Psychiatry: miti e paradossi. Riflessioni sul rapporto medico e paziente. In: *Progressi in Psichiatria*, P. Pancheri, G.C. Reda (Eds), Atti del XXXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, CIC Edizioni Internazionali, Roma, Vol II, Parte Prima, 165-175, 1989.
2. Sontag S: *La malattia come metafora*. Einaudi, Torino, 1979, p.3.
3. Engelhardt HT Jr: *Manuale di bioetica*. Il Saggiatore, Milano, 1991, p.294.
4. Negro G: Organizzare la qualità nei servizi. *Il Sole 24 Ore*, Milano, 1992, p.97.
5. Bobbio M, Pinna P, Pintor P: L'applicazione degli indicatori di qualità dei prodotti sanitari nella nuova gestione del sistema sanitario. *L'Arco di Giano* 13, 56-67, 1997.
6. Donabedian A: *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1990.
7. Brook RH, Kamberg CJ, McGlynn EA: Health system reform and quality. *JAMA* 276, 476-480, 1996.
8. Hannan EL, Kilburn H Jr, O'Donnel JF, Lukacik G, Shields EP: Adult open heart surgery in New York State: an analysis of risk factors and hospital mortality rates. *JAMA* 264, 2768-2774, 1990.
9. Gori E, Vittadini G: *La valutazione dell'efficienza ed efficacia dei servizi alla persona. Impostazione e metodi*. In: Gori E, Vittadini G (Eds) op.cit., p.147.
10. Molteni M: Attività e performance nelle aziende di servizi alla persona. In: Gori E, Vittadini G (Eds.), *Qualità e valutazione nei servizi di pubblica utilità*. ETAS, Milano, 1999.
11. Spinsanti S: Stagioni dell'etica e modelli di qualità in medicina. *Psicologia della salute* 1, 49-60, 1998.
12. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (1995), *Capire la prospettiva del paziente*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998, p.37.
13. Venturelli L, Caso G, Marengoni B, Carrara G: La pratica di gruppo in pediatria ambulatoriale. Un'esperienza in corso a Bergamo. *Medico e Bambino* 3, 139-143, 1995.
14. Drago S, Murgia V, Schievano P, Bernuzzi M, Funghi C: *La soddisfazione dell'utente per il servizio di pediatria di famiglia nel Veneto*. G. Battagin Editore, Padova, 1995.
15. Negro G: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (1995), op.cit.
16. Donabedian A: The quality of care: How can it be assessed. *JAMA* 260, 1743-1748, 1988.
17. Ancona A: Immagini per la relazione. In: *L'arte medica. Tra comunicazione, relazione, tecnica e comunicazione*, Ancona M, Orbecchi M, Torre E (eds), Torino, Paravia, 1996.
18. Buber M: Io e Tu. In: *Il principio dialogico*. Milano, Ed. Comunità, 1958.