



## PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E PERCEZIONE DEL RISCHIO IN AMBITO LAVORATIVO. I DATI DELLA SORVEGLIANZA PASSI 2010-11

Giuliano Carrozzi<sup>1</sup>, Davide Ferrari<sup>2</sup>, Letizia Sampaolo<sup>1</sup>, Lara Bolognesi<sup>1</sup>, Nicoletta Bertozzi<sup>3</sup>, Giuliano Silvi<sup>4</sup>, Sandro Baldissera<sup>5</sup>, Stefano Campostrini<sup>6</sup>, Angelo D'Argenzio<sup>7</sup>, Pirous Fateh-Moghadam<sup>8</sup>, Gianluigi Ferrante<sup>5</sup>, Valentina Minardi<sup>5</sup>, Valentina Possenti<sup>5</sup>, Elisa Quarchioni<sup>5</sup>, Massimo Ottone Trinito<sup>9</sup>, Stefania Vasselli<sup>10</sup> e Stefania Salmaso<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servizio di Epidemiologia e Comunicazione, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; <sup>2</sup>Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; <sup>3</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Cesena; <sup>4</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Ravenna; <sup>5</sup>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; <sup>6</sup>Dipartimento di Scienze Ambientali, Informatica e Statistica, Università Cà Foscari Venezia; <sup>7</sup>Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta; <sup>8</sup>Servizio Educazione alla Salute, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento; <sup>9</sup>Dipartimento di Prevenzione, AUSL Roma C; <sup>10</sup>Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

La promozione della cultura della sicurezza in ambito lavorativo e la corretta percezione dei rischi sono fattori importanti nel processo di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (1, 2), riconosciuti dagli ultimi Piani Sanitari Nazionali e dal DPCM 17 dicembre 2007, che recepisce il Patto Stato-Regioni per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il Piano Regionale per la Prevenzione (PRP) della regione Emilia-Romagna 2006-08 ha individuato, come settori di interesse (a cui dedicare particolare attenzione in termini di azioni di prevenzione e vigilanza, in quanto a maggior rischio di infortunio), l'edilizia, la metalmeccanica, la lavorazione del legno, l'agricoltura, la sanità e i trasporti. Questi settori sono oggetto di forte attenzione anche nell'attuale PRP 2010-12.

Per questi motivi la regione Emilia-Romagna ha proposto al sistema di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) di inserire un modulo opzionale con l'obiettivo di indagare i seguenti aspetti: percezione del rischio di infortunio o malattia in ambito lavorativo; prevalenza di interventi di informazione e formazione sui rischi lavorativi; diffusione dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, con particolare riferimento ai settori individuati come a maggior rischio. Nell'ottica del conoscere per agire, è stato ritenuto necessario un approfondimento per sviluppare interventi di promozione della cultura della sicurezza, per potenziare la consapevolezza dei lavoratori nella prevenzione dei rischi in ambiente di lavoro e per monitorare nel tempo l'evoluzione di tale percezione.

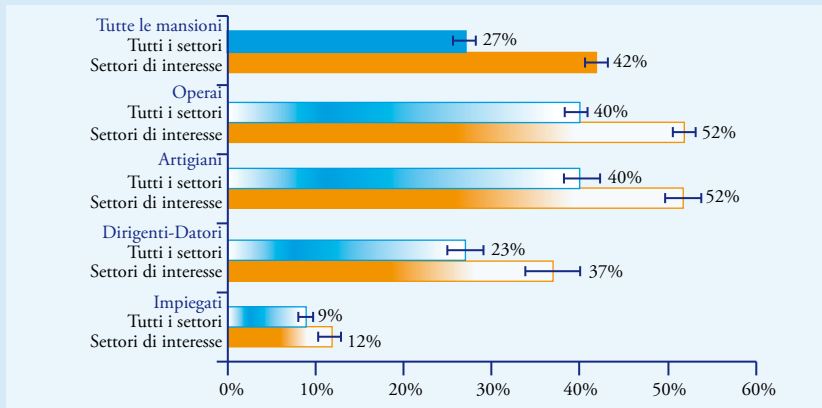
PASSI è il sistema di sorveglianza italiano sui comportamenti associati alla salute della popolazione adulta, avviato da aprile 2007 e coordinato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e dall'Istituto Superiore di Sanità (3). PASSI indaga aspetti relativi allo stato di salute, alle abitudini di vita, all'offerta e all'utilizzo dei programmi di prevenzione e alla sicurezza stradale e domestica (4).

Nel 2010 hanno aderito al modulo sulla sicurezza sul lavoro 11 regioni: Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Campania e Puglia; nel 2011 si sono aggiunte anche Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna.

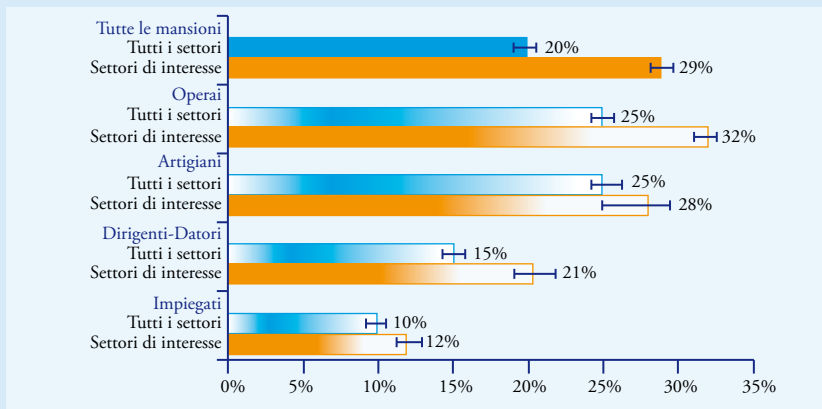
Lo scopo di questo studio è descrivere i primi risultati emersi e valutare se il modulo PASSI sulla sicurezza sul lavoro risponde ai bisogni informativi per i quali è stato ideato. Sono così riassunte, in via preliminare, le informazioni raccolte nell'anno 2010 e nella prima metà del 2011 (23.901 interviste) relative alle persone di 18-69 anni residenti nelle regioni aderenti a questa sezione del questionario. Il modulo è stato somministrato solamente agli intervistati che hanno riferito di lavorare, pari al 65%; di questi, il 38% è impiegato nei settori definiti di interesse: il 5% nel settore agricolo, il 10% in quello metalmeccanico, il 2% nelle industrie del legno e della carta, il 9% nell'edilizia, l'8% nella sanità, il 4% nei trasporti. Nel campione intervistato le mansioni più rappresentate tra i settori di interesse sono operaio (42%), impiegato (20%) e artigiano (9%).

**Percezione del rischio infortunistico.** Il 27% dei lavoratori intervistati ha riferito una percezione alta o molto alta di rischio infortunistico; tale percentuale sale al 42% tra i lavoratori che operano nei settori di interesse e al 40% tra gli operai e gli artigiani (Figura 1). La percezione del rischio infortunistico è, inoltre, più diffusa tra chi ha ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni (31%, IC 95% 30,4-32,0) rispetto a chi non le ha ricevute (21%, IC 95% 20,6-22,1) e tra chi ha riferito di aver subito un infortunio nell'ultimo anno (58%, IC 95% 52,6-62,3) rispetto a chi non l'ha riportato (25%, IC 95% 24,4-26,0). In particolare, all'aumentare dei giorni di assenza per infortunio aumenta la percezione del rischio (71% tra chi si è assentato per più di 40 giorni). Emergono differenze geografiche: la percezione del rischio infortunistico va dal 25% del Nord al 27% del Centro e al 33% del Sud; tale gradiente si mantiene anche nei settori di interesse (rispettivamente 40%, 45% e 51%).

**Percezione del rischio di malattia legata al lavoro.** Il 20% dei lavoratori intervistati ha riferito una percezione alta o molto alta di rischio di malattia legata alla mansione ricoperta (Figura 2); questa percentuale è più alta tra i settori di interesse (29%), in particolare nella sanità (42%), con percentuali più elevate tra i medici (52%) e tra i tecnici sanitari/infermieri (57%). Ha una percezione del rischio maggiore chi ha ricevuto informazioni (25%, IC 95% 24,5-26,3) rispetto a chi non le ha ricevute (16%, IC 95% 15,5-16,8) e chi si è assentato dal lavoro per malattie legate al lavoro negli ultimi 12 mesi (28%, IC 95% 25,9-30,1) ri- ▶



**Figura 1** - Percezione riferita del rischio di subire un infortunio sul lavoro alta o molto alta (%). Dati preliminari PASSI (gennaio 2010-luglio 2011)



**Figura 2** - Percezione riferita del rischio di contrarre una malattia legata al lavoro alta o molto alta (%). Dati preliminari PASSI (gennaio 2010-luglio 2011)

petto a chi non si è mai assentato (18%, IC 95% 17,0-18,5). È, inoltre, presente un moderato gradiente Nord-Centro-Sud (rispettivamente 19%, 21% e 23%) più evidente tra i settori di interesse (rispettivamente 27%, 31% e 35%).

**Informazioni su come prevenire gli infortuni o le malattie professionali.** Il 56% dei lavoratori intervistati ha riferito di averle ricevute: il 16% solo sugli infortuni, il 3% solo sulle malattie professionali e il 37% su entrambi. I lavoratori dei settori di interesse hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni in percentuale statisticamente maggiore: 67% (IC 95% 65,5-67,5) contro 50% (IC 95% 49,3-50,9) dei restanti. È presente un leggero gradiente Nord-Centro-Sud (rispettivamente 54% e 53% contro 48%); tali differenze sono più marcate nei settori di interesse (rispettivamente 68%, 67% e 62%). In particolare, le informazioni sulla prevenzione degli infortuni sono state fornite maggiormente nelle industrie metalmeccaniche (70%), nell'edilizia (68%) e nelle industrie di legno e carta (66%), mentre quelle sulla prevenzione delle malattie profes-

sionali sono state fornite nella sanità (55%) e nelle industrie metalmeccaniche (54%). Tra i settori di interesse, ad aver ricevuto informazioni sugli infortuni sono soprattutto operai (67%) e dirigenti/datori di lavoro (68%), mentre sulle malattie professionali sono medici (49%), operatori sociosanitari (57%) e tecnici sanitari/infermieri (58%). Le informazioni sono state date principalmente mediante corsi di formazione (63%) e materiali informativi od opuscoli specifici (35%) e in misura inferiore da superiori o colleghi (14%) o da medici competenti (16%).

**Dispositivi di protezione individuale (DPI).** Tra i lavoratori che hanno dichiarato di utilizzare DPI, il 70% ha riferito di portarli sempre e il 15% quasi sempre, mentre al 3% non sono stati forniti. L'utilizzo costante è pressoché simile nei settori di interesse rispetto ai restanti (rispettivamente 71% e 69%), mentre è maggiore tra i lavoratori che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione di infortuni e malattie professionali: 75% (IC 95% 74,5-76,3) rispetto al 59% (IC 95% 58,0-60,7) di chi non le ha ricevute. Non risultano,

invece, associazioni tra l'utilizzo dei DPI e l'alta percezione del rischio infortunistico o di malattie legate al lavoro, così come con l'assenza dal lavoro per infortunio o malattie a esso legate. Questi risultati sono confermati dal modello di regressione logistica condotta sui soli settori di interesse: l'unica variabile che risulta associata all'uso dei DPI è l'aver avuto informazioni su infortuni o malattie professionali (OR = 1,90 IC 95% 1,63-2,21). Tra i settori di interesse, utilizzano sempre i DPI soprattutto i lavoratori delle industrie metalmeccaniche e della sanità (76% per entrambi), meno quelli dell'agricoltura (56%) e dell'edilizia (66%). In particolare, i DPI non sono stati forniti al 4% degli intervistati del settore agricolo e al 3% di quelli del settore trasporti. Sono, infine, presenti evidenti differenze geografiche: utilizzano sempre le protezioni, quando richieste, il 73% dei lavoratori intervistati delle regioni settentrionali, il 67% di quelle centrali e 61% di quelle meridionali.

Le prime analisi del modulo PASSI sulla sicurezza sul lavoro hanno evidenziato come la percezione del rischio non sia ancora sufficientemente diffusa e come essa sia associata all'aver ricevuto informazioni relative alla prevenzione e sicurezza sul lavoro, così come all'adozione dei DPI. Il modulo sembra soddisfare gli obiettivi per cui è stato ideato, poiché è in grado di evidenziare le differenze tra settori e mansioni per quanto riguarda sia la percezione del rischio, sia le attività di promozione della sicurezza in ambito lavorativo.

#### Riferimenti bibliografici

1. Ferrante D, Pedron F, Agostini T. Percezione del rischio sul lavoro. *Social News* 2008;5(2) ([www.socialnews.it/ARTICOLI2008/ARTICOLI%20FEBBRAIO%202008/Febbraio2008Ferrante-Pedron-Agost\\_1.htm](http://www.socialnews.it/ARTICOLI2008/ARTICOLI%20FEBBRAIO%202008/Febbraio2008Ferrante-Pedron-Agost_1.htm)).
2. Cordeiro R. Suggestion of an inverse relationship between perception of occupational risks and work-related injuries. *Cad Saude Publica* 2002;18(1):45-54.
3. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". *Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 07/30).
4. Gruppo Tecnico Nazionale 2009-10. Sistema di sorveglianza PASSI. Rapporto nazionale Passi 2009 ([www.epicentro.iss.it/passi/rapporto09/Rapporto\\_Passi\\_2009\\_Indicizzato%20\(1\).pdf](http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto09/Rapporto_Passi_2009_Indicizzato%20(1).pdf)).

# UN PROGRAMMA METODOLOGICAMENTE AVANZATO PER LA RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA - LO STUDIO EUSAM (ESPERIENZE DEGLI UTENTI IN SALUTE MENTALE)

Antonella Gigantesco, Emanuele Tarolla, Debora Del Re, Isabella Cascavilla e il Gruppo collaborativo EUSAM\*  
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

**T**ra gli esiti valutabili di un servizio sanitario rivestono oggi un ruolo centrale la soddisfazione degli utenti e quella dei familiari (la cosiddetta qualità percepita). La misura di questi esiti è fondamentale per effettuare studi di miglioramento continuo di qualità delle prestazioni sanitarie (1), studi che sono raccomandati dai Piani Sanitari Nazionali e obbligatori in tutti i programmi di accreditamento. La soddisfazione degli utenti dei servizi rappresenta un esito intermedio fondamentale dell'assistenza. Una scarsa soddisfazione si sa essere associata a una scarsa adesione al trattamento, con un conseguente impedimento al raggiungimento di esiti positivi di salute (2).

Gli studi sulla soddisfazione dei pazienti e dei familiari sulla qualità dell'assistenza ricevuta nei servizi di salute mentale hanno mostrato una disomogeneità nella definizione del concetto di soddisfazione e, in relazione a ciò, sono stati proposti diversi strumenti di valutazione, di cui, attualmente, non si ritiene ve ne sia uno migliore rispetto agli altri. Questo ha contribuito al fatto che la valutazione della qualità percepita nella routine dei servizi fosse, e sia ancora, assai eterogenea, anche per la tendenza di ciascun servizio nel costruirsi il proprio strumento di rilevazione, le cui caratteristiche di accuratezza e riproducibilità sono perlopiù non valutate.

Negli ultimi anni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto di valutare, per quanto riguarda gli aspetti di qualità percepita, la capacità dei servizi sanitari di rispondere ai bisogni personali degli utenti (*responsiveness*) (3, 4) attraverso le loro specifiche esperienze, nella consapevolezza che i giudizi di soddisfazione per le prestazioni ricevute possano facilmente essere influenzati dalle attese e non siano quindi confrontabili, almeno tra classi sociali diverse (5).

Sulla base di tali considerazioni, il reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito di un programma supportato dal Sistema Nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS) del Ministero della Salute, ha coordinato lo sviluppo e la sperimentazione nella pratica di strumenti e metodologie standardizzati e riproducibili, basati sulle più recenti acquisizioni nel campo della valutazione della qualità percepita. Il programma in questione, iniziato alla fine del 2008 e ormai prossimo alla conclusione, ha previsto una prima fase dedicata allo sviluppo degli strumenti e una seconda fase costituita da una rilevazione pilota nei servizi di salute mentale.

Gli strumenti e le procedure utilizzati si rifanno a quelli utilizzati dal Picker Institute Europe, istituto indipendente no profit di ricerca e sviluppo, a cui vengono affidate le indagini sulla qualità percepita condotte sugli utenti del sistema sanitario nazionale inglese (National Health Service - NHS), con lo scopo di migliorare la qualità delle cure. I questionari sviluppati dal Picker Institute Europe valutano l'occorrenza di buone/cattive pratiche di assistenza nell'esperienza del paziente, anziché la soddisfazione.

Partendo dall'NHS Mental Health Questionnaire del 2008 e dall'NHS Mental Health Inpatient Questionnaire del 2009, sono stati tradotti e adattati alla realtà italiana due questionari destinati a utenti assistiti presso Centri di Salute Mentale (CSM) o che avessero effettuato un ricovero presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), per la valutazione delle diverse dimensioni dell'assistenza. Per la validazione dei questionari sono stati effettuati una procedura di *content validation* con esperti di qualità dell'assistenza e dell'organizzazione di servizi di salute mentale e due focus group con utenti di CSM e SPDC, al fine

di valutare la validità di facciata e l'applicabilità degli strumenti. È stato infine effettuato uno studio di riproducibilità test-retest di entrambi i questionari a un intervallo di circa 14 giorni, coinvolgendo un totale di 60 utenti di un CSM della ASL Roma D e dell'SPDC del Policlinico Umberto I di Roma. La versione definitiva dei questionari comprende 40 domande per i CSM e 33 per gli SPDC, con un tempo di compilazione inferiore a 30 minuti. Le aree di indagine sono state il comfort ambientale (pulizia, spazi, vitto), l'atteggiamento degli operatori, le terapie ricevute, l'informazione e l'autonomia (coinvolgimento nelle scelte e possibilità di ottenere informazioni su trattamenti ed esami alternativi rispetto a quelli proposti), il coordinamento e la continuità terapeutica, il coinvolgimento dei familiari e della rete di sostegno.

Per la rilevazione pilota, denominata studio EUSAM (Esperienze degli Utenti in SALute Mentale), sono stati coinvolti utenti di CSM e di SPDC di 4 dipartimenti di salute mentale e 2 aziende ospedaliere distribuiti tra Nord, Centro e Sud Italia, per un totale di 14 servizi di salute mentale. Sono state condotte parallelamente due rilevazioni, una postale e una *brevi manu*, su un campione di utenti che avesse effettuato un recente accesso ai CSM o un ricovero negli SPDC.

Di seguito si riportano alcuni risultati relativi alla rilevazione postale, che ha richiesto una fase preliminare di arruolamento consecutivo, fino al raggiungimento di un numero prestabilito di utenti eleggibili di CSM e di SPDC dal 1° aprile al 16 dicembre 2010, al fine di ottenerne il consenso informato alla partecipazione. I questionari sono stati spediti a tutti gli utenti arruolati il giorno 23 dicembre 2010. Agli utenti che non hanno rispedito il questionario compilato ad una casella postale attivata per l'occasione sono stati inviati due solleciti, il 16 febbraio e il 24 marzo 2011. ►

(\* Gruppo collaborativo EUSAM: Luigi Orso, Claudia Dario, Aurora Luciani (Policlinico Umberto I di Roma e Sapienza Università di Roma); Elvira Chiaia, Francesca Andronico, Giovanna Pacifico (ASL Roma D); Federico Oggiano, Bruna Caviglia, Orietta Rivano (ASL 3 Genovese); Franco Veltro, Claudia Iannone (Azienda Sanitaria Regione Molise); Stefano Ferracuti, Daniela Pucci (Azienda Ospedaliera Sant'Andrea e Sapienza Università di Roma); Riccardo Cicchetti, Gianluca Franzò, Marco Mascioli, Alessandra Savino, Antonella Triggiani (ASL Roma B).

**Tabella 1** - Rilevazione postale: numerosità del campione e tasso di risposta presso i CSM (Centro di Salute Mentale) e gli SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura)

Centri partecipanti	Azienda Sanitaria Locale (ASL)- Azienda Ospedaliera (AO)	Utenti eleggibili <sup>a</sup>	Utenti arruolati	Tasso di risposta <sup>b*</sup>	Tasso di risposta <sup>c*</sup>	Tasso di risposta <sup>d*</sup>
CSM I distretto (Fiumicino)	Roma D	64	51	35,3	39,2	51,0
CSM II distretto (XIII Municipio)	Roma D	274	213	31,9	39,4	53,5
CSM III distretto (XV Municipio)	Roma D	155	147	21,8	25,2	36,7
CSM IV distretto (XVII municipio)	Roma D	109	108	25,0	29,6	42,6
CSM I area (V Municipio)	Roma B	247	225	15,1	19,5	48,0
CSM II area (VII Municipio)	Roma B	251	225	31,5	39,1	59,1
CSM III area (VIII Municipio)	Roma B	247	226	28,8	38,3	59,3
CSM IV area (X Municipio)	Roma B	346	225	32,4	40,0	57,8
CSM Campobasso	Azienda Sanitaria Regione Molise	507	482	27,4	33,4	54,8
CSM Genova Voltri	ASL 3 Genovese	201	187	42,2	53,5	79,1
SPDC Policlinico Umberto I	Policlinico Umberto I di Roma	69	60	13,3	18,3	26,7
SPDC Ospedale Sandro Pertini	Roma B	104	90	15,5	16,7	20,0
SPDC Ospedale Sant'Andrea	AO Sant'Andrea di Roma	65	65	9,2	13,8	21,5
SPDC Campobasso	Azienda Sanitaria Regione Molise	59	56	8,9	16,1	35,7
<b>Totale</b>		<b>2.698</b>	<b>2.360</b>	<b>26,8</b>	<b>33,1</b>	<b>51,9</b>

(a) Utenti eleggibili cui è stato richiesto il consenso alla partecipazione; (b) prima del I sollecito (%); (c) dopo il I sollecito (%); (d) dopo il II sollecito (%); (\*) per il calcolo del tasso, il denominatore considerato è stato il numero degli utenti arruolati

**Tabella 2** - Risposte ad alcune delle domande del questionario somministrato agli utenti dei Centri di Salute Mentale (1.157 questionari)

Domanda	Risposte negative (%)
Lo psichiatra ha ascoltato con attenzione tutto quello che lei aveva da dire?	12,4
Lo psichiatra l'ha trattata con cortesia e gentilezza?	8,3
Le sono state date informazioni sui motivi per cui sta prendendo i farmaci?	34,3
Le sono state date informazioni sugli effetti collaterali dei farmaci che sta prendendo?	56,0
Le sono state date informazioni chiare su come mettersi in contatto con il suo operatore di riferimento per problemi urgenti?	40,8
Il suo punto di vista è stato preso in considerazione nella scelta del suo piano di cura?	37,9
Le sono state date informazioni (numeri di telefono, orari) su come chiedere aiuto per un'urgenza al di fuori dell'orario di apertura del Centro di Salute Mentale?	63,7
Nel complesso, quanto è migliorato/a da quando è in cura al Centro di Salute Mentale?	48,2
Se un suo parente o amico avesse bisogno di assistenza da parte di un servizio di salute mentale, gli raccomanderebbe di farsi seguire al Centro di Salute Mentale dove è stato/a lei?	17,5

Nella Tabella 1 sono riportati la numerosità del campione e il tasso di risposta prima e dopo il primo sollecito e alla fine della rilevazione dopo il secondo sollecito (giugno 2011).

Complessivamente, il tasso di risposta, al termine della rilevazione, è stato di oltre il 50%, maggiore di quello registrato, in media, nelle più recenti rilevazioni condotte dall'NHS inglese con metodologia simile.

È stato possibile osservare, d'altra parte, una disparità in termini di tasso di risposta tra utenti di CSM e di SPDC. Tale risultato è in linea con quanto emerso nelle rilevazioni condotte dall'NHS (maggiore tasso di risposta da parte di utenti di strutture ambulatoriali rispetto a quelle di ricovero).

Nell'ambito dello studio EUSAM, le analisi sulle risposte fornite ai quesio-

nari sono in corso di analisi. Qui vengono presentati alcuni risultati preliminari relativi alle risposte degli utenti dei CSM su alcuni aspetti dell'assistenza indagati dai questionari (Tabella 2). I risultati della rilevazione, in termini di soddisfazione degli utenti, saranno poi restituiti ai centri partecipanti, allo scopo di promuovere e rendere possibile la valutazione e il miglioramento interno ed esterno in un'ottica di *benchmarking*. ■

#### Riferimenti bibliografici

1. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988;25(1):25-36.
2. Murray CJL, Evans DB. *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003.

3. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000;78(6):717-31.
4. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization; 2000.
5. Smith C. Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Qual Assur Health Care* 1992;4(3):171-7.

#### Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,  
Marina Maggini, Alberto Perra,  
Stefania Salmaso  
e-mail: ben@iss.it