



CREMS
Centro di Ricerca in Economia e
Management in Sanità e nel Sociale

Metodologia e metodi della Ricerca Qualitativa

Master di 1° Livello
per Funzioni di Coordinamento
delle Professioni Sanitarie - CoPS
Anno Accademico 2010/11

Dispensa didattica

*Dispensa a cura di:
Emanuela Foglia, Anna Vanzago*

Università Carlo Cattaneo LIUC
Castellanza 2011

INDICE

Introduzione	03
CAPITOLO 1: RICERCA QUALITATIVA E RICERCA QUANTITATIVA	
1.1	Filosofie e nascita della ricerca qualitativa 05
1.2	Caratteristiche della ricerca qualitativa e quantitativa a confronto 06
1.3	Ricerca analitica/empirica e deduttiva/induttiva 09
1.4	Le fasi della ricerca qualitativa: l'anello di retroazione 12
CAPITOLO 2: LE TECNICHE DELLA RICERCA QUALITATIVA	
2.1	Quale tecnica di ricerca qualitativa utilizzare? 17
2.2	Tecniche di consenso formale 17
2.2.1	<i>Consensus Conference</i> 20
2.2.2	Tecnica dei Gruppi Nominali 23
2.2.3	Tecnica RAND 26
2.2.4	Metodo Delphi 27
2.3	<i>Focus Group</i> 29
2.4	Interviste 33
2.5	Il questionario 37
2.5.1	Le scale di valutazione 45
Conclusioni	48
Bibliografia	49

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è verificato un ricorso sempre più frequente all'indagine qualitativa finalizzata ad acquisire le conoscenze necessarie per le attività di assistenza e cura. Metodi di ricerca qualitativa, quali l'osservazione, l'intervista, questionari e *focus group*, sono diventati strumenti di lavoro ben conosciuti e standardizzati per molti operatori sanitari (Sofaer, 2002; Cohen, 2006). Anche per la realizzazione degli studi sperimentali randomizzati e controllati, si fa sempre più ricorso ai metodi qualitativi, ad esempio per decidere quale sia l'*outcome* più rilevante e significativo da prendere in considerazione, con la partecipazione dei potenziali beneficiari (Ziebland, 2007) o per misurarlo (Sturt, 2006; Woolhead, 2005). Come spiegare questo progresso e questa maggiore sensibilità, soprattutto nel mondo degli operatori della salute pubblica, verso la ricerca qualitativa, quando solo pochi decenni fa tale ricerca veniva spesso – ed erroneamente – definita e identificata solo in quanto “non-quantitativa”?

Oggi, la ricerca qualitativa riscuote sempre più interesse nella misura in cui si mostra capace di rispondere a domande alle quali i metodi quantitativi tradizionali non sono in grado di rispondere, o lo fanno in maniera non del tutto esaustiva. Si spiega in tal modo l'obiettivo della ricerca qualitativa inteso come “lo sviluppo di concetti che ci aiutino a comprendere fenomeni in contesti naturali, assegnando la giusta enfasi a significati, esperienze, punti di vista delle persone” (Pope, 1995). In certe situazioni, questa comprensione può diventare essenziale se si vogliono mettere in atto interventi di cura o assistenza efficaci.

Partendo da questa base concettuale, ovvero dall'ipotesi che la ricerca qualitativa, descrivendo il punto di vista delle persone, contribuisca alla comprensione dei fenomeni normalmente solo “quantificati” dalla ricerca scientifica “tradizionale”, si sono venute creando diverse opportunità e modalità di integrazione fra i due approcci (cfr. paragrafo 1.2 della presente dispensa). Inoltre, anche quando i risultati appaiono in conflitto, analisi più accurate possono al contrario condurre a conclusioni più robuste dello studio (Moffatt, 2006).

Tuttavia, viviamo in un'epoca in cui gli operatori sanitari si interrogano sempre più frequentemente sulla qualità dell'informazione su cui basano la propria azione, clinica o assistenziale; soprattutto nel campo della salute pubblica, di fronte a chi ha il compito di

studiare e pianificare gli interventi, si presentano realtà spesso complesse, non solo rispetto alla natura e al significato diverso che le persone possono assegnare a un particolare problema di salute, ma anche all'intervento stesso, la cui accettabilità può essere estremamente variabile (Mays, 2005). Il successo di tali interventi dipende quindi anche dalla capacità degli operatori di reperire e utilizzare le *evidence* di diversa provenienza: opinioni di esperti, gruppi di interesse, considerazioni degli utenti, studi quantitativi tanto quanto quelli qualitativi.

CAPITOLO 1:

RICERCA QUALITATIVA E RICERCA QUANTITATIVA

1.1 Filosofie e nascita della ricerca qualitativa

Le ricostruzioni del passato sono sempre operazioni controverse, non solo perché lo sguardo e la sensibilità del presente tendono, anche solo parzialmente, a riscriverlo, ma anche perché le esperienze degli attori dell'antichità possono non coincidere con le rappresentazioni pubbliche fatte successivamente. Nella ricostruzione della nascita della ricerca qualitativa qui proposta si è proceduto a un'inevitabile semplificazione, atta a mettere in luce la contrapposizione con la ricerca quantitativa, tralasciando il percorso tortuoso che tale disciplina ha dovuto compiere prima di essere formalizzata.

Il Positivismo, movimento filosofico e culturale nato in Francia nella prima metà dell'800, prende ispirazione da alcune idee guida riferite in genere all'esaltazione del progresso e del metodo scientifico, alla fiducia nella scienza e nello sviluppo.

Tale corrente afferma dei concetti ben precisi rispetto a ciò che può considerarsi scienza, in particolare:

- la scienza è l'unica conoscenza possibile;
- il metodo scientifico è l'unico valido;
- il ricorso a cause/principi inaccessibili al metodo scientifico non dà origine a conoscenza.

L'unica scienza degna di tale nome deve quindi essere osservabile, misurabile e riproducibile. Parallelamente l'unico metodo considerato valido è quello deduttivo, secondo il quale la teoria deve essere dimostrata da prove empiriche. Questo perché sostiene l'impossibilità di predire le azioni degli uomini, di fare generalizzazioni in ambito sociale e di studiare le motivazioni psicologiche e sociali sottostanti l'agire umano, dal momento che la volontà degli esseri umani è per definizione libera.

Agli inizi del '900 si instaura la convinzione che il paradigma delle scienze naturali non sia adatto alla comprensione dei fenomeni sociali, ma che essi abbiano ugualmente diritto di essere studiati e indagati, al pari dei fenomeni fisici: nasce così la sociologia.

Spesso i sociologi utilizzano la metodologia della ricerca sociale per descrivere le relazioni sociali mediante modelli e per sviluppare schemi interpretativi che possano aiutare a prevedere i cambiamenti sociali e le risposte ad essi. Altre branche della sociologia ritengono inoltre che i metodi qualitativi, come interviste tematiche, gruppi di discussione e metodi etnografici, permettano una migliore comprensione dei processi psicologici e sociali o delle motivazioni sottostanti determinati comportamenti o idee.

Le tecniche della ricerca qualitativa guadagnano così, attraverso il progressivo affermarsi del punto di vista sociologico, la stessa considerazione e rispetto della ricerca quantitativa e, inizialmente utilizzate esclusivamente nelle scienze sociali, trovano poi applicazione anche in ambito sanitario.

1.2 Caratteristiche della ricerca qualitativa e quantitativa a confronto

Nel campo della ricerca quantitativa, durante gli ultimi decenni, sono state messe a punto delle tecniche che permettono di determinare criticamente la qualità degli studi e della loro documentazione in letteratura, in maniera tale che ogni professionista possa facilmente sviluppare competenze per valutare in maniera critica la *evidence* a sua disposizione. In tale contesto, viene spontaneo porsi una domanda: quanta evidenza può produrre la ricerca qualitativa? E soprattutto, produce evidenza scientifica? In linea con quanto è accaduto e accade all'interno degli studi quantitativi, anche per gli articoli che trattano tematiche prettamente di ricerca qualitativa, sono stati pubblicati ed esplicitati diversi *set* di criteri e *checklist*, al fine di poter valutare la produzione scientifica secondo una indagine critica oggettiva e con dei punti di riferimento (Rychetnik, 2002; Greenhalgh, 1997).

Depongono a favore della buona prassi degli studi qualitativi caratteristiche quali la chiarezza con cui sono formulati gli obiettivi dell'indagine e le ipotesi di ricerca, il quadro teorico concettuale di riferimento, la scelta adeguata dei metodi di indagine utilizzati in rapporto agli obiettivi, che devono essere espliciti, sistematici e riproducibili. La scelta del campione è un indicatore importante di qualità. Come vedremo più avanti ciò che conta non è la sua rappresentatività, così come la conosciamo dall'epidemiologia, ma la probabilità che i gruppi di popolazione da coinvolgere offrano una percezione/opinione più completa possibile del fenomeno oggetto di studio.

Schematicamente si possono identificare poi almeno tre modalità di integrazione fra gli studi quantitativi e qualitativi.

Una prima opzione è costituita dall'utilizzare i metodi qualitativi preliminarmente rispetto a quelli quantitativi con l'intento di orientarne e ottimizzarne l'uso. Un esempio recente potrebbe essere costituito dalla sperimentazione del sistema di sorveglianza nutrizionale dei bambini della scuola primaria "OKkio alla Salute", preceduto dalla realizzazione di uno studio qualitativo con *focus group*, allo scopo di comprendere il grado di accettazione e le modalità di partecipazione desiderate da parte delle famiglie dei bambini.

In altre situazioni può avvenire che - seconda modalità - l'uso dell'approccio quantitativo e qualitativo sia contemporaneo e sinergico. È il caso sempre più frequente, anche in Italia, della definizione dei profili di salute o di comunità, con la conseguente successiva identificazione delle priorità di salute. Per selezionare tali priorità, a fianco di parametri tradizionalmente utilizzati nella ricerca quantitativa atti a definire l'importanza delle malattie, come prevalenza e incidenza, si utilizzano criteri qualitativi basati sulla percezione e sulle opinioni delle popolazioni interessate.

Una terza modalità è rappresentata da situazioni dove la ricerca quantitativa non ha strumenti per spiegare in maniera approfondita fenomeni complessi. Tale opportunità si presenta tipicamente quando siano in corso cambiamenti di strategia o di organizzazione dei servizi sanitari e a tale scopo sia necessario reperire e approfondire le motivazioni e il punto di vista dei cittadini, dei professionisti sanitari e dei decisori di spesa. Un esempio significativo nel nostro Paese è costituito dal Progetto IGEA, finalizzato a promuovere la messa in funzione sul territorio nazionale di un modello di gestione integrata della malattia diabetica. Per indagarne l'accettabilità e mettere a punto le strategie di cambiamento, il Progetto ha realizzato dei *focus group* (cfr. Cap. 2.4 della presente dispensa) e anche delle interviste in profondità con persone affette da diabete e con i loro familiari, nonché con operatori sanitari a tutti i livelli e con i responsabili dei servizi sanitari.

Per una comparazione maggiormente dettagliata tra le caratteristiche della ricerca quantitativa e quelle dell'indagine qualitativa, si rimanda poi alla Tabella seguente.

Tabella 1: ricerca quantitativa vs qualitativa (Fonte: rielaborazione degli autori)

IMPOSTAZIONE DELLA RICERCA	QUANTITATIVA	QUALITATIVA
Disegno della ricerca	Strutturato, <i>review</i> della letteratura sistematica e finalizzata alla valutazione dei dati essenziali e dei possibili risultati, schema chiuso e rigido	Strutturato, <i>review</i> della letteratura come base di partenza e/o come approfondimento, lo schema è flessibile e può essere modificato o approfondito
Rappresentatività	Campione statisticamente significativo	Singoli casi non statisticamente significativi, ma peculiari o rappresentativi in base all'obiettivo della ricerca
Strumenti di rilevazione	Uniformi per tutti i soggetti, devono essere uguali e fornire le stesse informazioni (schede di raccolta dati)	Vari a seconda dell'interesse dei soggetti partecipanti alla ricerca o dei quesiti che si vogliono porre (possono essere eterogenei)
Natura dei Dati	Oggettivi e standardizzati, tipicamente numerici	Ricchi e approfonditi, anche brani o considerazioni personali
Oggetto dell'analisi	Le variabili, i dati	L'individuo, il comportamento, le preferenze, le credenze profonde
Obiettivo dell'analisi	Spiegare gli eventuali scostamenti o i valori delle variabili oggetto di indagine, nonché la loro correlazione	Comprendere gli individui oggetto dell'analisi condotta e comprenderne credo, motivazioni e percezioni
Tecniche matematiche e statistiche	Uso intensivo	Utilizzo assente o limitato di tecniche matematiche, ma la statistica è una materia di supporto che deve essere comunque utilizzata/conosciuta
Presentazione dei dati	Tabelle e dati di sintesi, principalmente numerici	Brani da interviste, informazioni anche di tipo descrittivo
Generalizzazione	Correlazioni tra variabili, modelli causali e leggi	Classificazione delle tipologie di soggetti partecipanti allo studio
Portata dei risultati	Alta replicabilità e generalizzabilità	Profondità delle analisi ed elevata capacità di approfondire gli argomenti, ma non sempre la generalizzabilità è garantita
Concetti	Definitivi: indicano cosa guardare e come considerare i risultati	Sensibilizzanti: indicano la direzione verso cui guardare, ma non danno delle soluzioni in assoluto

In conclusione, la ricerca quantitativa classica misura eventi e fenomeni di interesse socio-sanitario, mentre quella qualitativa, studiando gli individui e il loro personale punto di vista, trova e documenta le ragioni di quegli eventi e fenomeni. Se usati sinergicamente, i due approcci costituiscono per gli operatori sanitari uno strumento utile, non solo per migliorare la propria conoscenza dei problemi, ma anche e soprattutto, per ideare e progettare azioni con maggior probabilità di successo.

Dal nostro punto di vista, la ricerca qualitativa trova il suo campo ideale di applicazione in tutti quegli ambiti che riguardano il miglioramento della qualità assistenziale (efficacia, efficienza, appropriatezza, equità, sicurezza, partecipazione con l'utenza), il governo clinico, l'analisi organizzativa, la comunicazione aziendale e con l'utenza, l'analisi dei fabbisogni, la gestione del rischio, *etc.*

1.3 Ricerca analitica/empirica e deduttiva/induttiva

Chinn e Kramer (1991) definiscono la teoria come “un’astrazione sistematica della realtà finalizzata al raggiungimento di uno scopo”. Ciò significa che è necessario prendere in considerazione una teoria, partendo da essa consci della sua natura altamente generalizzabile, ma non sempre perfettamente aderente al reale. Seguendo tale definizione possiamo dire che il compito del ricercatore sarà proprio quello di concretizzare la teoria, definendo dei modelli e delle ipotesi e comprendendo quindi quanto essa sia applicabile all'interno del contesto di riferimento, e per fare ciò può avvalersi dell'utilizzo di quattro diversi modelli di ricerca: analitica, empirica, deduttiva, induttiva.

La **ricerca analitica**, detta anche *top-down* o a cascata, è caratterizzata da un procedimento basato sull'analisi, che consiste nel distinguere, separare ed esaminare ordinatamente le parti di un tutto, fino a conoscerne rigorosamente i singoli principi ed elementi. Il ricercatore procede quindi nel suo studio dal complesso al semplice, dal gruppo al singolo.

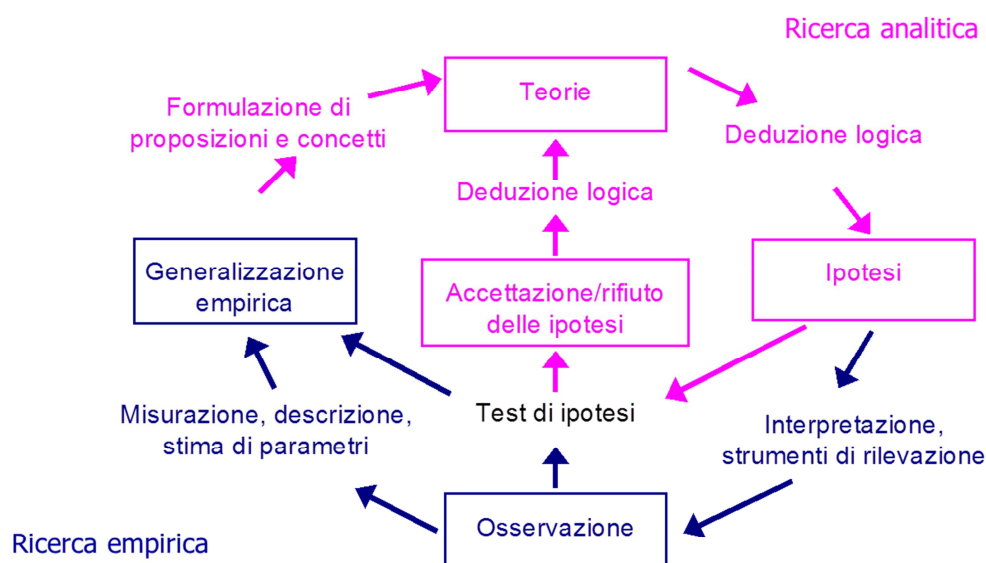
Il metodo analitico è basato infatti su un processo di studio sistematico di un problema, che si conclude con la definizione di ipotesi, di modelli, anche di comportamenti, che nascono sulla scorta di una serie di risultati, derivanti dal processo di analisi medesimo, non già dall'osservazione e verifica della realtà.

Questo modello si traduce dunque in un insieme di regole da seguire, di ipotesi o concetti da testare, sempre mediante un processo di analisi che non ha attinenza con la realtà pratica, empirica ed esperienziale.

Potremmo definirlo come un processo a base principalmente filosofica, teorica, non empirica, e da qui il nome.

La ricerca empirica, invece, è quella basata su di un processo che tende a verificare o confutare delle ipotesi che si fondano sull'osservazione della realtà. A differenza del metodo analitico, che procede generalmente dall'alto verso il basso, quello empirico si muove dal basso verso l'alto, attraverso l'astrazione e la generalizzazione progressiva delle osservazioni e ipotesi, sulla base di fatti ed eventi specifici. Questo tipo di ricerca fonda quindi le conclusioni sull'osservazione diretta o indiretta dei fatti, secondo una logica per la quale l'osservazione è la prova della realtà e da essa il ricercatore deve ricavare le proprie deduzioni.

Figura 1: Il ciclo della ricerca analitica vs empirica (Fonte: rielaborazione degli autori)

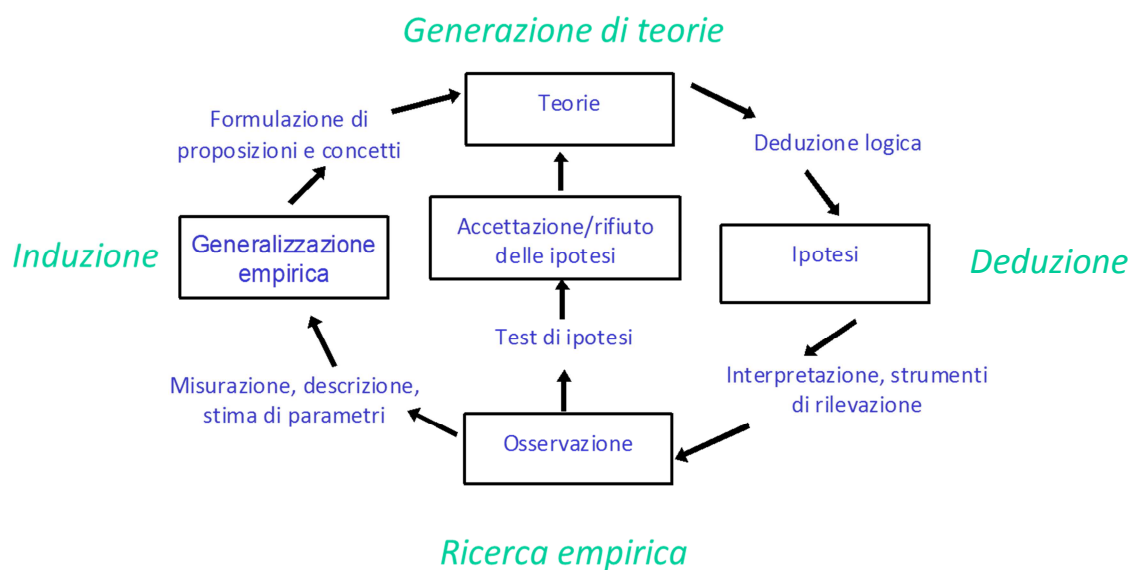


La **ricerca deduttiva** consiste nel derivare, partendo dalle teorie e ipotesi formulate nella letteratura, una interpretazione e una osservazione empirica di modelli teorici pregressi, attraverso il *test* dell'esistente.

Il ricercatore procede quindi dall'universale al particolare, dal generale allo specifico, attraverso un processo di deduzione, che passa per l'osservazione reale e/o la raccolta di dati, mediante una verifica nel concreto: aspetto questo che non esisteva nelle descrizioni precedentemente proposte.

La **ricerca induttiva**, al contrario della tipologia di ricerca precedentemente illustrata, prevede quel procedimento logico che consiste nel ricavare da osservazioni ed esperienze particolari, dei principi generali impliciti e permette di formulare ipotesi e generalizzazioni empiriche. In questo metodo si procede all'osservazione di fatti, di informazioni, di eventi e casi specifici, e attraverso di essi si arriva a formulare una o più ipotesi, che siano in grado di spiegare proprio quei fenomeni oggetti di studio.

Figura 2: Il ciclo della ricerca deduttiva vs induttiva (Fonte: rielaborazione degli autori)



Diviene quindi importante notare come vi siano due principali modalità di procedere nella conduzione delle ricerche, siano esse qualitative o quantitative, ossia:

- a) dal generale al particolare, in modo deduttivo;
- b) dal particolare al generale, con metodologia induttiva.

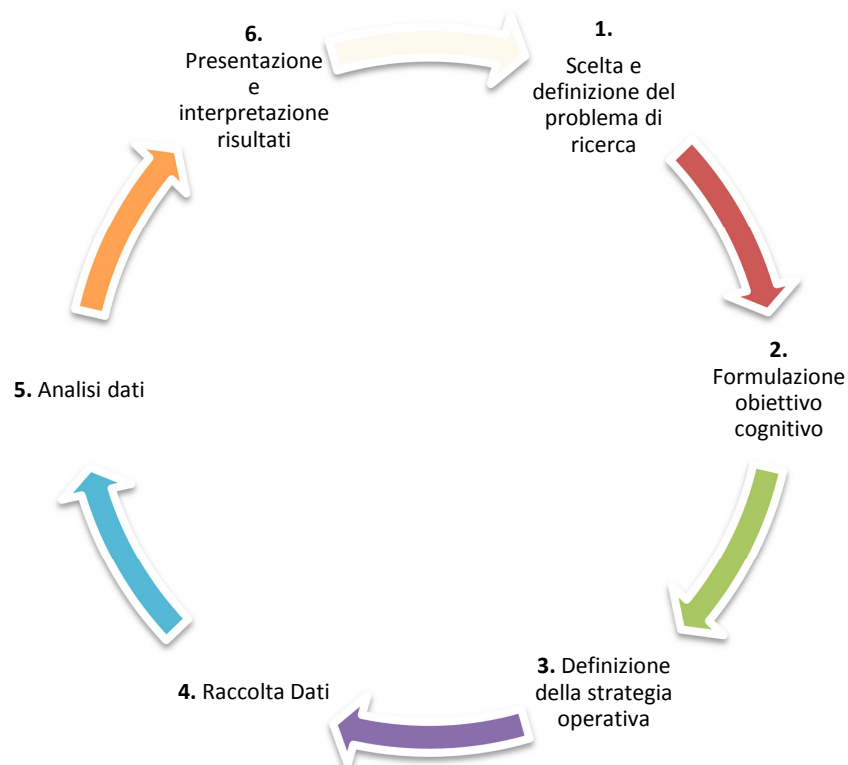
A seconda poi che vi sia una verifica operativa delle teorie o meno, possiamo applicare delle ricerche di tipo analitico o empirico. Errato è però pensare che ricerca deduttiva e

analitica siano sinonimi, così come ricerca induttiva ed empirica: sono tutte tipologie di ricerca differenti.

1.4 Le fasi della ricerca qualitativa: l'anello di retroazione

La ricerca in generale e, come tale, anche l'indagine di tipo qualitativo, risulta essere composta da sei fasi; a volte esse possono essere ben distinte, a volte possono intrecciarsi, in ogni caso, esse rappresentano sempre momenti di una sequenza progressiva, ma circolare, che assume la connotazione di un anello, in quanto possiede la caratteristica fondamentale di permettere al ricercatore di poter fare un passo indietro, ovvero di tornare alla fase precedente apportando eventuali modifiche o integrazioni, qualora se ne presenti la necessità. Per questo motivo esemplifichiamo le fasi della ricerca come un anello, detto di retroazione (v. Figura seguente).

Figura 3: le fasi della ricerca rappresentate secondo l'anello di retroazione (Fonte: rielaborazione degli autori)



Analizziamo di seguito più nel dettaglio le sei fasi.

- 1. Scelta e definizione del problema di ricerca:** per problema di ricerca si intende l'argomento da trattare o la teoria dalla quale si intende partire per sviscerare alcune ipotesi (il rischio cadute nei pazienti pediatrici, piuttosto che il costo della sepsi nelle Unità di Terapia Intensiva, oppure ancora il fabbisogno formativo degli ausiliari all'interno del Dipartimento Medico, *etc...*). All'inizio tale tema di ricerca è spesso generico e dai contorni sfumati; a volte il ricercatore (o il committente della ricerca) ha un'idea solamente vaga e il suo interesse cognitivo (in altre parole cosa vuole ricercare e il tema che vuole affrontare) non ancora ben delineato. Scegliere l'argomento è quindi piuttosto difficile e raramente si riesce in questa prima fase a giungere a una definizione precisa della domanda di ricerca. Spesso si parte con un argomento o una tematica generale che è d'interesse per il ricercatore, o che viene indicato da un committente, per poi giungere a formulare delle domande specifiche sull'obiettivo della ricerca, andando a restringere e meglio delineare il campo di studio. Un passo utile nella formulazione delle domande specifiche può essere quello di esaminare la letteratura relativa alla tematica e analizzare le diverse prospettive teoriche e di ricerca con cui il problema è stato affrontato, cercando di individuare nuove prospettive oppure allineandosi rispetto a uno specifico approccio, in entrambi i casi concludendo il processo attraverso l'approfondimento della propria realtà di riferimento.
- 2. Formulazione dell'obiettivo cognitivo:** una volta delimitato l'ambito di interesse, anche in virtù di un'analisi dello stato dell'arte e di un'attenta revisione bibliografica, oppure in constatazione di una complessa situazione organizzativa interna che necessita un approfondimento, è possibile scegliere l'obiettivo, lo scopo finale, che rappresenta il filo conduttore che guida il ricercatore per tutta la durata della ricerca. Nonostante il carattere provvisorio che contraddistingue la fase precedente, qui intervengono e si iniziano a intravedere fattori che condizioneranno l'intero processo di ricerca. Spesso l'individuazione di un argomento non è infatti dettata solo dagli interessi teorici, ma anche da interessi sostanziali del ricercatore, motivazioni profonde che lo hanno indotto a scegliere quel determinato tema, gli obiettivi concreti e

contingenti, *etc....*. Nella definizione del problema oggetto di studio, il ricercatore giunge così a delineare, con la maggior precisione possibile, anche l'argomento di ricerca: il *focus* si circoscrive e il campo cognitivo si restringe, emergono aspetti del problema più specifici, e si iniziano a fare i conti con le risorse (eventuali finanziamenti, tempo a disposizione, numero di collaboratori coinvolti). Tipicamente l'obiettivo cognitivo viene esplicitato attraverso una domanda di ricerca alla quale si deve rispondere, come ad esempio "quali problemi organizzativi interni genererà la riorganizzazione per intensità di cure, assumendo il punto di vista degli infermieri che operano all'interno del Dipartimento Medico?", oppure "Qual è il livello di predittività della scala X al fine di poter meglio pianificare i bisogni assistenziali dei *care giver* delle Cure Palliative Pediatriche?", o ancora "quale è il grado di soddisfazione dell'utenza che afferisce ai Servizi Diagnostici per esterni?".

- 3. Definizione della strategia operativa:** per strategia operativa si intende lo strumento di indagine che sarà utilizzato per la raccolta dei dati, ossia questionari, interviste strutturate o non strutturate, *focus group*, *etc....*. In base alle riflessioni fatte, il ricercatore sceglie il metodo di indagine e gli strumenti di raccolta delle informazioni in relazione al tema della ricerca e agli obiettivi fissati. È importante sottolineare come il ricercatore non debba utilizzare sempre lo stesso metodo e gli stessi strumenti per ogni tema di ricerca, ma come essi debbano essere scelti pragmaticamente, ottimizzando le decisioni e gli strumenti da applicare in base agli obiettivi che egli si è posto di raggiungere. Per esempio se il ricercatore vuole raccogliere informazioni in merito alle mamme che hanno appena avuto il primo figlio e accedono al Pronto Soccorso, per "pianto inconsolabile del bambino", al fine di comprendere se il supporto di una ostetrica domiciliare potrebbe aiutare la neo mamma in queste situazioni di difficoltà, evitando uno scorretto accesso presso i servizi ospedalieri, probabilmente la somministrazione di un questionario o di una intervista guidata durante il periodo di attesa al Pronto Soccorso, non è la strategia operativa migliore. Pertanto si dovrà ripensare e riformulare la medesima, al fine del corretto reperimento di dati, oppure si dovrà fare ricorso all'anello di retroazione e rivalutare l'obiettivo posto in essere, modificandolo.

4. Raccolta dei dati: si intende proprio la fase di reperimento delle informazioni attraverso la somministrazione dello strumento operativo. Durante la fase “sul campo” si procede concretamente alle pratiche di campionamento, non tanto numerico quanto di scelta dei soggetti più pertinenti rispetto al disegno di ricerca, e alla prova degli strumenti. Ovviamente se si trattasse di ricerca quantitativa, il campionamento dovrà essere valutato al fine di raggiungere una significatività statistica della realtà osservata (per questo si rimanda alla Ricerca Quantitativa). Successivamente si inizia la raccolta delle informazioni per costruire i dati. I problemi più spinosi sorgono spesso in questa fase: il campione si potrebbe costituire in maniera differente da come ci si aspettava, non rispondendo alle richieste; gli strumenti spesso potrebbero necessitare di una seconda taratura o modifica, le informazioni raccolte potrebbero non essere complete e soddisfacenti come ci si aspettava. È quindi importante che il ricercatore sia allenato ad ascoltare e pronto a seguire gli stimoli e le indicazioni che gli provengono dal campo, aspettandosi anche l'imprevedibile, in considerazione del fatto che gli eventi che accadono a questo livello possono retroagire sulla concettualizzazione e sulle ipotesi a cui era giunto durante il disegno di ricerca. Non è indispensabile che i dati raccolti avvallino le ipotesi di partenza, perché una ricerca venga condotta con successo; essi possono infatti portare a una confutazione della teoria di base, senza che ciò pregiudichi il valore metodologico dello studio condotto.

Il ricercatore potrebbe, a titolo esemplificativo, stabilire di indagare il tema della formazione nell'adulto, all'interno della propria classe del corso di Master che sta frequentando, verificando la teoria secondo la quale la popolazione femminile generalmente fornisce un punteggio migliore e attribuisce maggior efficacia ai docenti di sesso maschile, rispetto a quelli di sesso femminile. I risultati potrebbero confutare completamente questa ipotesi di base: ciò significherebbe che sussistono dei casi nei quali la teoria, non è effettivamente verificata all'interno del contesto empirico, almeno per quella classe di Master. Ciò allo stesso tempo non significherebbe che l'indagine è stata condotta in modo sbagliato o che i risultati non sono validi rispetto alla popolazione indagata.

- 5. Analisi dei dati:** letteralmente rielaborazione e commento dei dati precedentemente raccolti. Le informazioni raccolte sul campo devono essere organizzate in una qualche forma, per poter poi essere analizzate; in questa fase esse vengono trasformate in dati. Ad esempio un'intervista condotta oralmente diviene testo scritto, dattiloscritto secondo determinate convenzioni (sequenza domane-risposte, annotazioni sul contesto, annotazioni sugli aspetti comunicativi non verbali, *etc...*), utili per permetterne una successiva analisi e comparabilità. In questa fase si assiste a una sorta di impoverimento dei materiali; i dati non possono infatti mantenere tutta la ricchezza informativa tipica delle metodologie utilizzate in ambito qualitativo e le informazioni sembrano essere una copia sbiadita e incompleta di quelle realmente raccolte. Spesso ci si rende poi conto dei limiti e della finitezza del proprio lavoro, degli aspetti che hanno raccolto risposte solo superficiali e di quante altre domande potevano essere poste per scandagliare meglio l'argomento oggetto d'analisi; a questo fine entra ancora una volta in gioco la retroattività delle fasi di ricerca, caratteristica che permette al ricercatore di modificare o integrare per tempo la raccolta delle informazioni, qualora abbia avuto l'accortezza di iniziare l'analisi dei dati durante il processo stesso di ricerca.
- 6. Presentazione e interpretazione dei risultati:** grande attenzione va posta in questa fase, non soltanto perché il testo conclusivo redatto diviene uno dei criteri per valutare la scientificità della ricerca, ma anche perché nella fase di scrittura il processo di analisi e commento dei dati prosegue. A questo livello il ricercatore chiarisce anche con se stesso i suoi asserti, affina i concetti espressi, sviluppa nuove idee, generalizza o delimita alcune delle conclusioni alle quali è giunto, e a volte censura determinati risultati o possibili spiegazioni. In ogni caso è importante che in questa fase venga approfondita ancora una volta l'attività di analisi e interpretazione dei dati.

CAPITOLO 2:

LE TECNICHE DELLA RICERCA QUALITATIVA

2.1 Quale tecnica di ricerca qualitativa utilizzare?

L'ambito qualitativo di ricerca si caratterizza per una forte attenzione all'aspetto dell'unicità dell'esperienza e della peculiarità del soggetto che rende necessaria la sua partecipazione all'indagine. La metodologia qualitativa, considera però anche l'aspetto della misurazione, poiché quest'ultima non coincide con la concezione di numero in sé, né con l'unità di misura, bensì come uno strumento di analisi e approfondimento.

Spesso siamo condizionati dall'ambito scientifico in generale e da quello clinico in particolare, contesti che vedono un uso spesso smisurato delle tecniche statistiche. Come abbiamo più volte sottolineato, non bisogna però credere che la sola conoscenza valida sia quella basata sui numeri; andare in profondità non è sempre possibile con le sole statistiche, in particolare se si vogliono analizzare i fattori e le relazioni tra i fattori di un determinato fenomeno sociale.

La ricerca qualitativa si presta a essere applicata a situazioni micro-relazionali, reali, quindi osservabili, e affrontabili soltanto da vicino. In queste situazioni il ricercatore è coinvolto in prima persona, non deve rimanere uno spettatore impassibile, ben conscio però che la sua soggettività e le sue abilità andranno a influire sulla rilevazione dei dati che si sta compiendo.

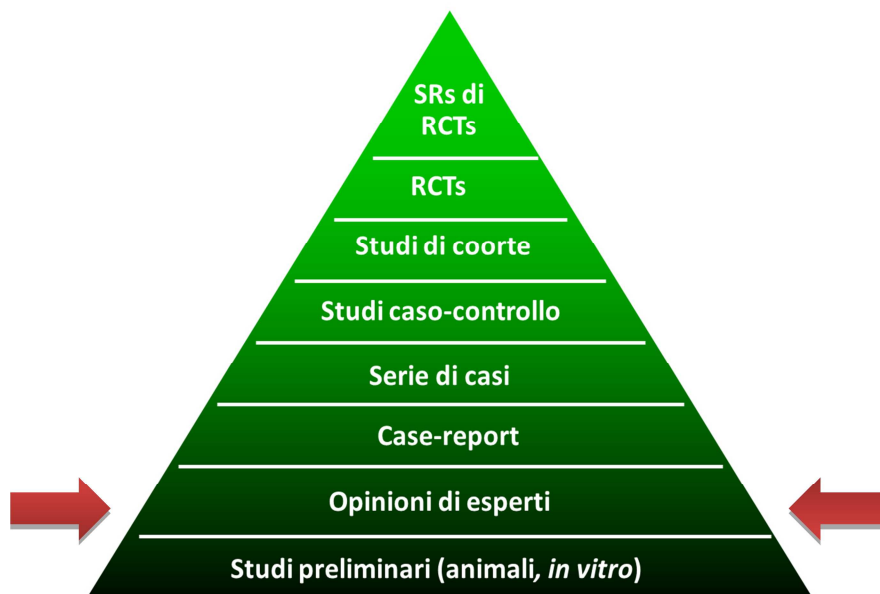
L'importante in ogni ricerca, sia essa di tipo qualitativo o quantitativo, è sapere *cosa* cercare; il *come* ne è una conseguenza, perché è proprio l'oggetto della ricerca a imporre una determinata metodologia. In questo contesto la ricerca qualitativa rappresenta una famiglia assai ampia di tecniche di ricerca; di seguito vengono presentate più nel dettaglio le principali, anche in un'ottica di applicabilità al contesto socio-sanitario e assistenziale.

2.2 Tecniche di consenso formale

È importante ricordare ancora una volta come le tecniche di costruzione del consenso formale rientrino a pieno titolo tra le metodiche di ricerca scientifica, ancorché qualitativa. Esse infatti, se condotte e sviluppate correttamente, sono in grado di

generare scienza ed evidenze scientifiche, collocandosi però a un livello basilare della *Piramide dell'Evidenza* (v. figura seguente).

Figura 4: La Piramide dell'Evidenza



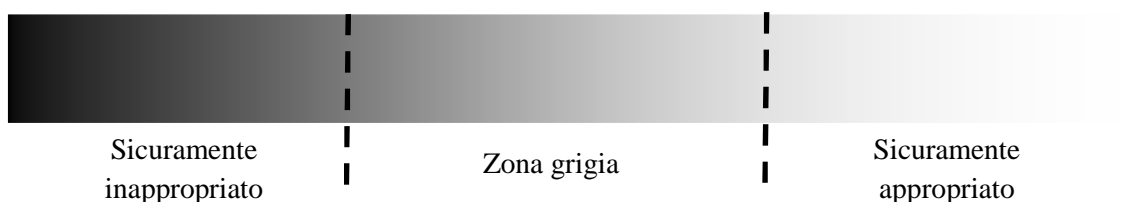
Le tecniche di costruzione del consenso rivestono un ruolo specifico e vengono applicate per supportare il processo di presa di decisioni, in ambito sanitario e non, qualora il contesto di ricerca sia caratterizzato da un'assenza di evidenze scientifiche, o qualora esse non siano dimostrate o pienamente condivise, o ancora in caso di contraddittorietà delle evidenze stesse o delle fonti che le hanno generate, così da avere dei quadri non del tutto delineati e all'interno dei quali è necessario trovare un punto di riferimento o delle linee di indirizzo condivise (esempio ciò che avviene per la Conferenza sul Diabete oppure per la Conferenza sull'Immigrazione, all'atto della necessità di stabilire delle linee di indirizzo sia sotto un profilo clinico sia di politica sanitaria).

Negli ultimi anni, sulla scia dell'*Evidence Based Medicine*, viene enfatizzata la necessità che le linee di indirizzo che consentono un agire clinico appropriato, vengano definite con riferimento esplicito alle prassi consolidate e alle migliori evidenze disponibili, adeguatamente pesate per la loro qualità metodologica, rilevanza clinico-assistenziale e applicabilità.

Pertanto, le linee guida prodotte da gruppi multiprofessionali con rigorosa metodologia *evidence-based*, previo adattamento locale in percorsi assistenziali (anche in termini di protocolli o di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali), rappresentano lo strumento di riferimento per allineare l'agire professionale empirico e operativo a una appropriatezza che è stata definita dalle migliori evidenze e dalle necessità contingenti del caso.

I processi di consenso formale costituiscono un possibile strumento da utilizzare nelle numerose zone grigie, aree del sapere in cui le evidenze disponibili (scarse o contraddittorie) non forniscono adeguate certezze, rendendo più difficoltoso il processo di definizione delle linee di indirizzo da prendere in considerazione.

Figura 5: Rappresentazione della Zona Grigia dell'Evidenza, in materia di appropriatezza delle prestazioni (Fonte: elaborazione degli autori)



Le tecniche in esame, e più in generale l'evidenza fornita dagli esperti, riveste quindi un ruolo molto importante nel contesto sanitario e socio-sanitario, spesso viziato da logiche di mercato e da interessi di forza maggiore; esse infatti, riportando esclusivamente il contributo di soggetti esperti, sono in grado di offrire un'indispensabile occasione di verifica, creando maggiore oggettività e assegnando un più alto grado di scientificità ad analisi che altrimenti potrebbero risultare viziate da interessi di parte.

Il nome assegnato a queste tecniche non deve però trarre in inganno, esse infatti non comportano alcun tipo di forzatura affinché si raggiunga necessariamente un consenso, bensì presuppongono semplicemente che esso possa potenzialmente essere raggiunto e quindi misurato.

Nello specifico, le finalità possono essere differenti in base al contesto:

- valutare l'estensione dell'accordo e misurare il consenso;
- risolvere il disaccordo e sviluppare il consenso, sempre misurandolo;

- nel caso in cui non si raggiunga il consenso, diventerà importante misurare il disaccordo e sviluppare oltre a spunti di riflessione ulteriori argomenti di ricerca.

2.2.1 Consensus Conference

Le Conferenze di Consenso, dette anche *Consensus Conference*, rappresentano uno degli strumenti disponibili per raggiungere, attraverso un processo formale, un accordo tra diverse figure rispetto a questioni sanitarie particolarmente controverse e complesse, favorendo la scelta di orientamenti il più possibile uniformi nella pratica clinica, nell'ottica di fornire ai pazienti la migliore qualità di cura in rapporto alle risorse disponibili.

Affinché la conferenza di consenso diventi uno strumento che in grado di ampliare il confronto su questioni di salute che interessano gli utenti, è indispensabile che i pazienti, i cittadini o i loro rappresentanti siano coinvolti nel suo sviluppo, con modalità e livelli di partecipazione che possono variare a seconda del tema oggetto di discussione. Più in generale, è necessario che la *Consensus Conference* coinvolga un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, in grado di racchiudere tutte le competenze, professionali e non, coinvolte nelle attività legate all'argomento della conferenza. Ciò è necessario per garantire che le raccomandazioni prodotte nel corso della conferenza incorporino i punti di vista relativi a diversi ambiti - clinici, organizzativi, amministrativi, ecc. - propri del problema in esame.

Multidisciplinarietà e multiprofessionalità sono entrambe necessarie per garantire una valutazione equilibrata di benefici e rischi degli interventi esaminati e un'integrazione dei punti di vista dei professionisti sanitari e degli amministratori con quello degli utenti, consentendo al tempo stesso di evitare eventuali "derive monospecialistiche" che si possono verificare nel caso prevalga il punto di vista, o l'interesse, di una categoria professionale specifica (per esempio troppi economisti potrebbero far prevalere il lato economico e di riduzione della spesa, non accogliendo pertanto la necessità di specifici interventi).

Lo scopo di una conferenza di consenso è di produrre raccomandazioni *evidence-based* utili ad assistere operatori e pazienti nella gestione appropriata di specifiche situazioni cliniche. La produzione di raccomandazioni avviene a partire da una valutazione delle

migliori prove scientifiche disponibili sul tema oggetto della conferenza, realizzata attraverso una revisione della letteratura biomedica e assistenziale esistente.

Le decisioni cliniche, infatti, si fondano sui risultati di studi sperimentali che, sebbene verificabili e riproducibili, non sempre sono sufficienti a stabilire con sicurezza quale sia la scelta migliore nelle diverse situazioni che si possono incontrare nella pratica clinica, oppure che presentano risultati discordanti e di controversa e opposta interpretazione. La presenza di aree grigie di incertezza, purtroppo molto frequenti in campo sanitario, richiede uno sforzo di analisi, valutazione critica e sintesi delle conoscenze disponibili, che rappresenta il punto di partenza delle Conferenze di Consenso; esse prevedono infatti un'analisi delle prove disponibili su tematiche specifiche e controverse, in merito alle quali non esiste uniformità di opinioni e che spesso portano a una forte disomogeneità di comportamenti sul piano clinico, organizzativo e gestionale dell'assistenza sanitaria.

Il metodo, descritto nel dettaglio nella Tabella seguente, prevede la consultazione di esperti sull'argomento in questione, incaricati dal comitato promotore della conferenza di preparare e presentare una sintesi delle conoscenze scientifiche disponibili davanti a una giuria multidisciplinare composta da specialisti esperti del settore, che siano clinicamente e/o scientificamente riconosciuti come esperti di una certa fama sull'argomento e nella materia oggetto di trattazione. Il comitato promotore, inoltre, può formare alcuni gruppi di lavoro a cui affidare l'incarico di analizzare i diversi aspetti legati all'argomento oggetto della conferenza, quali ad esempio l'analisi critica della letteratura, aspetti legati all'informazione, indagini sui comportamenti di gruppi campione. Dal lavoro di questi gruppi, infatti, la giuria può trarre informazioni per mettere a confronto le prove disponibili con i pareri degli esperti e le relazioni prodotte. La celebrazione della conferenza di consenso prevede l'esposizione pubblica delle relazioni degli esperti e dei risultati dei gruppi di lavoro alla presenza della comunità scientifica, degli specialisti del settore e dei rappresentanti di cittadini e pazienti, e il successivo dibattito.

Al termine della discussione, infine, la giuria redige a porte chiuse un documento finale che sintetizza le risposte ad alcuni quesiti predefiniti, che riguardano gli aspetti più controversi o critici dell'argomento trattato, e le relative raccomandazioni per la pratica. Come esito della conferenza di consenso, una giuria a composizione multidisciplinare e

multiprofessionale produce una serie di raccomandazioni basate sulle prove di efficacia emerse.

Una esemplificazione pratica per comprendere in che area operano le *Consensus Conference*, è quella dell'immigrazione e delle politiche per l'immigrazione. Essa si svolge ogni due anni e coinvolge nazioni in via di sviluppo e nazioni sviluppate, con la finalità di coordinare politiche e strategie comuni, cercando di risolvere il dissenso o le aree grigie attraverso proposte innovative.

Altro esempio di *Consensus Conference*, in ambito invece socio-sanitario, a cadenza triennale è quella sul Diabete. Patologia complessa e cronica che, grazie alla ricerca scientifica, continua a presentare sviluppi e nuove evidenze - anche contraddittorie - che devono essere analizzate e applicate nell'ambito clinico e diagnostico, attraverso linee di indirizzo e protocolli condivisi, che siano in grado di affrontare i vari aspetti della patologia medesima (dal tema del trattamento terapeutico agli eventi avversi, alle complicanze correlate alla patologia, dall'alimentazione alla prevenzione in generale).

Tabella 2: Processo di organizzazione e svolgimento di una *Consensus Conference*
(Fonte: Candiani *et al.*, 2009)

TEMPO	FASE
Da 12 a 9 mesi prima	Ideazione di una prima bozza di protocollo
	Formazione del comitato tecnico-scientifico
	Definizione e redazione del protocollo
	Valutazione del <i>budget</i> a disposizione per l'organizzazione
	Definizione della data e della sede della conferenza
	Formazione della giuria e nomina del presidente
	Elaborazione dei quesiti per la giuria
	Selezione degli esperti e formazione dei gruppi di lavoro
	Diffusione di un bando di interesse
	Definizione delle indicazioni metodologiche da fornire agli esperti e ai gruppi di lavoro
	Richiesta di dichiarazione di conflitto di interessi ai componenti della giuria e dei gruppi di lavoro e valutazione delle risposte
Da 9 a 2 mesi prima	Stesura e approvazione del regolamento della giuria
	Ricerca, selezione e valutazione della letteratura
	Analisi delle informazioni ricavate da fonti non specialistiche (testate divulgative per medici, operatori sanitari e popolazione; opuscoli; siti internet; materiale prodotto da associazioni, istituti di ricerca, aziende farmaceutiche, <i>etc...</i>)
	Indagini conoscitive <i>ad hoc</i>
	Stesura delle relazioni da consegnare alla giuria

TEMPO	FASE
2 mesi prima	Lettura e analisi della documentazione prodotta dagli esperti e dai gruppi di lavoro
20-30 giorni prima	Definizione dei dettagli organizzativi (numero delle relazioni, interventi di discussione, <i>etc...</i>)
Prima parte della Conferenza	Esposizione pubblica delle relazioni prodotte dagli esperti e dai gruppi di lavoro, in presenza della giuria
	Discussione
	Riunione a porte chiuse con discussione e definizione delle raccomandazioni (risposte sintetiche ai quesiti predefiniti)
	Redazione del documento preliminare di consenso
Seconda parte della Conferenza	Approvazione del documento preliminare di consenso
	Conclusione dei lavori della giuria
	Comunicazione delle raccomandazioni della giuria a tutti i partecipanti alla conferenza
Giorni successivi alla conferenza	Eventuale discussione (senza possibilità di modifica delle raccomandazioni)
	Diffusione del testo del documento preliminare di consenso
Da 30 a 50 giorni dopo	Redazione del documento definitivo di consenso
	Verifica del rispetto delle raccomandazioni contenute nel documento preliminare
	Invio ai componenti del <i>panel</i> e raccolta delle proposte di modifica o integrazione
	Votazione e approvazione del documento definitivo di consenso
Mesi successivi	Diffusione delle raccomandazioni attraverso i vari canali possibili

(Note: i tempi previsti per le differenti fasi sono da considerarsi come indicativi)

2.2.2 Tecnica dei Gruppi Nominali

La tecnica dei gruppi nominali, detta anche NGT dall'acronimo di *Nominal Group Technique*, viene utilizzata per strutturare in maniera formale la conduzione di un gruppo al fine di ottenere consenso riguardo ad aspetti che richiedono decisioni condivise e ponderate (selezione di problemi, definizione di criteri/indicatori guida, individuazione di priorità, proposta di soluzioni, valutazione di risultati, classificazioni e prioritizzazioni).

L'approccio è sistematico e strutturato, direttamente controllato dal conduttore.

La tecnica originaria (Delbeq, 1975) consta di 6 tappe principali: individuazione dell'obiettivo del gruppo, elencazione individuale delle idee (problemi o soluzioni), elencazione in gruppo delle idee (problemi o soluzioni), discussione di gruppo, classificazione e scelta individuale delle priorità, classificazione e scelta in gruppo delle priorità. Analogamente, nelle attuali applicazioni in Sanità, il procedimento si svolge generalmente in 6 fasi consecutive: la domanda, la risposta di ciascun partecipante, la raccolta e la chiarificazione delle risposte, il voto preliminare in ordine gerarchico di preferenza, la comunicazione dei risultati e infine il voto finale.

Tabella 3: Nominal Group Technique, esempio di sviluppo per la prioritizzazione di item
(Fonte: rielaborazione degli autori da Delbeq, 1975)

FASE	ESEMPIO PRATICO
1. Domanda	Il ricercatore invia a ogni esperto una lista di 100 <i>item</i> , che rappresentano dei possibili indicatori da applicare all'interno della valutazione delle <i>performance</i> e del <i>budget</i> per i Servizi Territoriali, chiedendo di individuare i dieci più importanti. Tale richiesta viene espressa a ciascun esperto singolarmente, senza possibilità che essi abbiano dei contatti durante questa prima votazione
2. Risposta di ciascun partecipante	Ciascun esperto risponde individualmente al ricercatore inviando la lista dei 10 <i>item</i> in ordine di priorità decrescente, classificandoli secondo la propria esperienza e conoscenza personale
3. Raccolta delle risposte	Il ricercatore elabora tutte le risposte ricevute, fornendo alle risposte un punteggio ponderato per ciascuna e costruendo così una classifica dei primi 20 <i>item</i> ritenuti più importanti dalla totalità degli esperti
4. Voto preliminare	Il ricercatore invia a ciascun esperto tale prima classifica elaborata, chiedendo un <i>feedback</i> in merito e una nuova valutazione dei 10 effettivamente più rilevanti. Ogni ricercatore ha quindi la possibilità di rivedere le proprie risposte anche in base ai risultati del gruppo, dovendo fornire una nuova valutazione seguendo i soli indicatori che hanno conseguito, in prima istanza, un punteggio più elevato
5. Comunicazione dei risultati	Il ricercatore apporta eventuali modifiche in base alle risposte ottenute, fino a ottenere una lista finale dei 10 principali <i>item</i> da prendere in considerazione
6. Voto finale	Il ricercatore sottopone in ultima istanza la lista al gruppo di esperti riuniti in una stessa stanza (oppure anche in forma virtuale, attraverso invio per posta elettronica, anche se preferibile è il momento di valutazione finale collegiale in forma residenziale) e raccoglie le ultime eventuali considerazioni

Con questa tecnica gli esperti sono radunati intorno a un tavolo sotto la guida di un facilitatore. L'anonimato degli esperti è garantito mantenendo riservato il momento della votazione o la compilazione dei questionari, mentre i risultati - ma solo a livello aggregato di gruppo - vengono proiettati su uno schermo per essere discussi. L'anonimato si conserva anche durante la discussione: la consegna è infatti che nessuno riveli la paternità di una certa idea o giudizio in discussione, inoltre l'anonimato della votazione e della classifica, che diviene così oggettiva, svincola ogni risultato da giudizi di tipo personalistico (rivedendo in quella specifica categorizzazione una idea personale). La NGT può guadagnare molto in velocità attraverso l'uso di una piccola rete di *computer*, molto utile nel caso vi sia molto materiale da vagliare.

L'elaborazione avviene in modo diverso a seconda delle fasi. Nelle prime fasi, come si è detto sopra, si tratta di operare una cernita fra le diverse idee espresse in modo da eliminare le ridondanze, spezzare le frasi complesse, ordinarle per sotto argomenti. Le liste, ripulite e ordinate, vanno poi presentate agli esperti in un foglio a parte, unitamente al questionario successivo.

Tale tecnica viene definita anche come tecnica dei gruppi nominali, in quanto si tratta di gruppi di nome, ma non di fatto, giacché l'influenza tra i componenti è minima, nonché non interessa al ricercatore di sviluppare o studiare le dinamiche interpersonali tra esperti o le modalità di interazione nel gruppo.

Il principale vantaggio di questa tecnica è la rapidità di svolgimento e il poco tempo necessario, conferendo comunque un buon grado di soddisfazione a tutti i partecipanti che si sentono parte attiva del processo e del risultato finale; un suo limite è che non prevede un'approfondita discussione di gruppo, ma d'altro canto necessita di una grande preparazione iniziale e pianificazione da parte del ricercatore.

Nato come strumento per effettuare previsioni, la NGT viene frequentemente utilizzata per prendere decisioni condivise trovando applicazione anche in Sanità soprattutto nel processo di prioritizzazione di interventi in ambito sanitario e assistenziale, nonché nella costruzione di indicatori qualitativi e di *performance* adeguati per i servizi, da discutere in fase di negoziazione di *budget* oppure per valutare il servizio di riferimento. Potrebbe essere applicata anche in caso di stesura di linee guida e protocolli diagnostici e terapeutici. Il *focus* di tale strumento è infatti posto più sulla generazione e la classificazione di idee, piuttosto che sullo sviluppo del consenso.

2.2.3 Tecnica RAND

Il metodo RAND, messo a punto dai ricercatori della *Rand Corporation*, rappresenta un modello, molto strutturato e articolato, di produzione del consenso e viene utilizzato per esprimere accordo formale tra gruppi di esperti sul grado di appropriatezza degli interventi sanitari, specie in quelle condizioni in cui le evidenze scientifiche sono limitate, contraddittorie o del tutto assenti.

Secondo il metodo RAND un intervento può definirsi appropriato quando la sua prescrizione/utilizzo è in grado di garantire, con ragionevole probabilità, più beneficio che danno al paziente. Anche per quanto riguarda questa tecnica, l'esperto che formula un giudizio di appropriatezza/inappropriatezza deve considerare i benefici di tipo clinico; tecnicamente, per ciascuno scenario clinico (solitamente costituito da una popolazione, un intervento sanitario, un eventuale confronto, e uno o più *outcome* rilevanti che fanno riferimento a una specifica patologia) viene predisposta una scheda dove i singoli componenti del gruppo di esperti esprimono segretamente il proprio giudizio di appropriatezza, utilizzando una scala di Likert a 9 *item* (cfr. più avanti), dove 1 corrisponde a "assolutamente inappropriato" e 9 ad "appropriato".

Ma come opera più nello specifico il metodo RAND? Viene innanzitutto selezionato un *panel* di esperti di estrazione multidisciplinare cui viene fornita una revisione della letteratura sull'argomento in questione. Il gruppo promotore identifica, sempre sulla base di una revisione sistematica della letteratura, i fattori che devono essere considerati nel valutare se una certa procedura è o non è appropriata e costruisce tanti possibili scenari clinici quanti sono quelli che risultano dalla possibile combinazione dei fattori considerati. Questo fa sì che il metodo possa arrivare, secondo la complessità dell'argomento, a produrre un numero molto elevato di scenari, ognuno di essi viene valutato due volte e poi si costruisce, sulla base di algoritmi specifici, il giudizio finale.

Caratteristica principale della tecnica RAND è quindi la combinazione delle opinioni di esperti con una forte *review* della letteratura, nell'ambito quindi di una tecnica sì qualitativa, ma che necessita di una struttura statistica sottostante. Per la definizione infatti dell'appropriatezza o inappropriatezza finale della procedura vengono infatti applicati complessi calcoli valutando i quintili, al fine di comprendere la distribuzione delle risposte e quindi favorendo la loro classificazione secondo criteri matematici.

La valutazione di appropriatezza condotta attraverso il metodo RAND si applica soprattutto alla definizione di criteri per la valutazione di *test* diagnostici e procedure/interventi, mentre è decisamente meno applicabile alla costruzione di criteri per la valutazione di percorsi complessi. Una sintesi dei vantaggi e svantaggi di tale metodica viene presentata nella Tabella seguente.

2.2.4 Metodo Delphi

In termini formali, si tratta di un procedimento di conoscenza, che permette di strutturare la comunicazione di un gruppo di testimoni privilegiati (o esperti), allo scopo di unificare giudizi soggettivi riguardanti stime sulla realtà, previsioni di eventi, formulazione di decisioni (Delbeq, 1975).

Come si può vedere dalla definizione, il Delphi non è solo uno strumento per prevedere, ma anche per stimare fenomeni difficilmente conoscibili per altra via (si pensi ad esempio alla diffusione delle nuove droghe, all'uso di *doping*, le dimensioni dell'immigrazione illegale, *etc...*). Inoltre per concludere il novero delle applicazioni, esso può essere usato per individuare strategie di azione, supportando il processo decisionale. Sotto questa fattispecie ci si può rivolgere alla Delphi, ad esempio per individuare i possibili interventi da adottare per risolvere un determinato problema; valutarne la fattibilità, i livelli di rischio, i *pro* e i contro connessi alla realizzazione di un programma; individuare la desiderabilità dei risultati di certe decisioni; prendere decisioni in assenza di valide e attendibili informazioni; stabilire priorità.

La metodica presa in esame viene inoltre definita (Maturò, 1998) come:

- (1) sondaggio
- (2) qualitativo
- (3) multistadio
- (4) autocorreggente.

Analizzandone più nel dettaglio il funzionamento, ne comprendiamo le ragioni.

È costituito da più fasi in ciascuna delle quali viene sottoposto a un gruppo di esperti (*panel*) (1) un questionario (2), prima aperto, poi sempre più chiuso. Le fasi hanno ciascuna un compito specifico: esplorare un argomento, analizzarlo, restringerlo e infine valutarlo. Ciascun questionario è costruito sui risultati del precedente (3), da domande aperte si passa progressivamente a domande a risposta chiusa che nascono dalla

rielaborazione da parte del ricercatore delle risposte fornite dagli esperti. Per questo motivo si può parlare del Delphi come di un metodo a strutturazione progressiva (4) e autocorreggente, in quanto permette di rivedere e rivalutare la risposta o l'idea che si era precedentemente fornita, anche modificandola.

Come opera in concreto tale tecnica? Nelle fasi iniziali i questionari sono strutturati a risposte aperte e somministrati a un gruppo predeterminato di esperti, in seguito, nei *round* successivi, le domande vengono progressivamente ristrette e chiuse. I risultati di ciascuna tornata, comunicati ai componenti del gruppo di esperti, permettono di attivare una comunicazione indiretta fra ogni singolo esperto e il gruppo nel suo complesso. Le risposte fornite da ciascun esperto vengono elaborate insieme a quelle del gruppo, tenendo perciò conto del contributo di ciascuno.

Per ogni fase, gli esperti sanno quali sono state le risposte del gruppo, ma non possono identificare chi ha dato le varie risposte, questo al fine di rendere la comunicazione fra i partecipanti anonima. Sempre per preservare l'anonimato, gli esperti operano generalmente ciascuno dal proprio domicilio, attraverso dei *media* (una volta erano lettere, oggi sono prevalentemente *e-mail*). L'anonimato mira a far sì che i rispondenti si concentrino sulle risposte senza essere influenzati da personalità importanti o senza temere di dare giudizi conflittuali. Occorre che ciascuno possa cambiare parere nel corso del processo senza temere per la propria reputazione, e in questo modo si dà a tutti la piena possibilità di esprimersi; è importante che le idee vengano appoggiate o confutate per il loro contenuto intrinseco piuttosto che per la persona che le esprime, ottenendo così una maggiore serenità di giudizio.

Come per le diverse tecniche analizzate nel presente capitolo, la Delphi tende a produrre consenso: mano a mano che il processo si sviluppa, i giudizi dei vari testimoni tendono infatti a convergere.

Nonostante le "regole del gioco" sembrino semplici, il processo Delphi non è comunque di facile applicabilità. Si corre ad esempio il rischio di ottenere solamente risultati ovvi qualora il materiale prodotto nelle prime fasi non sia sufficientemente creativo e stimolante; la prima fase può perciò essere sostituita da un lavoro preliminare del gruppo di ricerca, anziché del singolo ricercatore. Presentare agli esperti alcune idee già dal primo questionario di apertura potrebbe aiutare a superare imbarazzi, ma anche creare acquiescenza e assimilazione. Non esiste poi un criterio univoco per stabilire il

numero di esperti necessario; a guidare la costruzione del *panel* è un criterio di tipo "ragionato", in quanto la rappresentatività di un esperto è in funzione della quantità di informazioni di cui esso dispone. Il gruppo di esperti dovrà quindi essere sufficientemente ampio da permettere una ragionevole varietà di idee, ma un gruppo eccessivamente vario può risultare invece poco maneggevole.

La tecnica di Delphi, che indica già nel nome la caratteristica peculiare di tensione verso il futuro (prende infatti il suo nome dall'oracolo di Delphi che nell'antica Grecia prevedeva il futuro), è particolarmente indicata per compiere un'analisi approfondita della situazione presente, ma anche nei processi di costruzione di scenari possibili e futuri e nella conseguente identificazione di strategie di azione. L'ambiente sanitario ha adottato la Delphi da molto tempo, sfruttando la sua attitudine a produrre consenso per una quantità di applicazioni sia a livello medico sia nel *nursing* (Bowles, 1999). Tale metodica viene particolarmente utilizzata in studi relativi ad analisi delle priorità in programmi sanitari, previsioni di spesa, costruzione di linee guida, analisi di *skills* professionali necessari per affrontare certi problemi clinici od organizzativi, individuazione di bisogni formativi, *incident analysis*, nonché per la valutazione di tecnologie sanitarie, per compiere analisi di natura terapeutica, per considerare le metodologie applicate all'ambito sanitario o concernenti più in generale la formazione di operatori sanitari.

2.3 Focus Group

I ricercatori che si occupano di *marketing*, unitamente ai produttori di beni di largo consumo hanno iniziato a utilizzare tale strumento di indagine negli anni Cinquanta, al fine di stimolare i gruppi di consumatori nel processo decisionale e per ricevere più accurate informazioni circa le preferenze d'acquisto. Attualmente i *Focus Group* (di seguito FG) stanno raccogliendo un interesse crescente e una rilevanza particolare anche per lo studio di fenomeni socio-sanitari, finalizzati in particolare alla caratterizzazione dei bisogni, alla valutazione e programmazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali.

Il FG è un'intervista effettuata a un piccolo gruppo di persone, su un ambito di indagine specifico, che si basa sull'interazione dei partecipanti stessi; scambiandosi idee, raccontandosi esperienze e confrontando differenti punti di vista, infatti, i partecipanti

possono arrivare a formulare in maniera articolata le proprie opinioni, più di quanto non sarebbe possibile attraverso un'intervista individuale.

Emerge quindi una prima caratteristica fondamentale che differenzia il FG dalle metodiche precedentemente analizzate; esso infatti ruota e trae la propria forza conoscitiva dalla generazione di nuove idee, usufruisce della potenza del gruppo nello sviluppare una pluralità di visioni, e non dalla creazione o misurazione dell'accordo, con l'obiettivo primario di far emergere opinioni, attitudini e conoscenze dei partecipanti in relazione a uno specifico argomento.

Ogni FG è generalmente costituito da 6 fasi.

1. **Definizione del problema di ricerca:** deriva dalla determinazione chiara e dettagliata del bisogno informativo e dei relativi obiettivi di ricerca, dai quali trarre a loro volta gli argomenti oggetto dello studio.
2. **Costruzione della scaletta di intervista:** strutturata anche grazie al supporto dato dalla consulenza di esperti del settore; la scaletta di intervista rappresenta un elenco di una decina di domande, il numero delle domande deve infatti essere contenuto in considerazione del tempo a disposizione e devono essere circoscritte allo specifico argomento su cui è focalizzato il FG, per avere la possibilità di approfondire la discussione a riguardo. La lista delle domande proposte deve essere infatti pensata nell'ottica della convergenza e dell'approfondimento dei temi indagati: essa presenta una sequenza prestabilita e una logica a priori, ma nel corso del FG il moderatore è tenuto ad adattarla all'interazione comunicativa in atto e in base al tono e alle modalità di svolgimento della discussione stessa.
3. **Scelta dei partecipanti:** nella selezione dei partecipanti bisogna porre attenzione alle loro caratteristiche socio-culturali, in base agli obiettivi dell'indagine. Solitamente vengono riuniti 8-10 partecipanti, cercando da un lato di garantire un buon livello di omogeneità in base alle caratteristiche identificate, in particolare socio-culturali, in modo da trarre vantaggio dalle esperienze affini che possono essere state vissute dai soggetti; dall'altro lato, l'eterogeneità nelle tipologie di partecipanti selezionati può permettere l'esplorazione di prospettive diverse nell'ambito di uno stesso scenario comune. È però consigliabile evitare componenti con una conoscenza reciproca pregressa, che può causare il perpetuarsi di influenze reciproche; questo aspetto condiziona particolarmente l'atteggiamento

comunicativo dei partecipanti qualora fossero presenti gerarchie sociali o professionali all'interno del gruppo (il coordinatore infermieristico con il quale si hanno conflitti e tutti i vari soggetti), condizioni, quindi, da evitare.

4. **Conduzione delle sezioni:** nella fase di svolgimento, il moderatore ha il compito di introdurre il tema dell'indagine con i partecipanti al *focus*, di guidare e pilotare gli intervistati verso gli argomenti che più interessano seguendo la tecnica dello stimolo-risposta, assicurandosi che gli intervistati non divaghino, eludano o fraintendano il significato delle domande.
5. **Analisi e interpretazione dei dati:** appena terminata la seduta, il moderatore, il *note taker* e l'osservatore si confrontano sull'andamento del FG, sia relativamente ai contenuti sia alle dinamiche emerse, dando inizio a un primo processo congiunto di analisi dei dati. Successivamente si procede con la trascrizione dei testi tramite fedele sbobinatura e la loro codifica e analisi; l'analisi dei testi segue un processo di scomposizione e segmentazione delle interviste riducendole a brani ai quali vengono attribuiti opportuni codici che ne definiscono il significato. Attraverso un processo di graduale integrazione e selezione dei codici, che si ritiene essere legati tra loro per affinità di significato, si procede gradualmente a costruire concetti più generali. Sempre seguendo un approccio di tipo induttivo, integrando e selezionando i concetti si procede a creare delle categorie interpretative che li comprendono e che suggeriscono uniformità tipiche di comportamento o di contesto; infine, le categorie interpretative così costruite permettono la formulazione di un'interpretazione generalizzabile a situazioni e contesti allargati.
6. **Diffusione dei risultati:** al termine dall'analisi dei risultati il ricercatore produce un documento riassuntivo e condivisibile, in base agli obiettivi inizialmente posti.

Una descrizione più dettagliata delle caratteristiche che contraddistinguono tale metodica viene offerta nella Tabella seguente.

Tabella 4: Caratteristiche del *Focus Group* (Fonte: rielaborazione degli autori)

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Informazioni	Lo scopo di questa tecnica è la raccolta di informazioni. Perciò il FG non va confuso con riunioni dove si prendono decisioni (come ad esempio può accadere per certe <i>équipe</i> interprofessionali), o si danno informazioni (ad es. a gruppi di pazienti per indicare loro come prepararsi in previsione di procedure chirurgiche), o per creare o cambiare climi emotivi
Numero di partecipanti	Le dimensioni del gruppo, sono legate al tempo e alle idee espresse. Un alto numero di persone produce più idee, ma non permette a tutte di esprimersi. Le persone possono invece esprimersi bene se il gruppo è piccolo, con un numero di punti di vista limitato. Perciò è consigliabile non andare mai al di sotto delle 6 persone e mai al di sopra delle 12
Durata	Un FG non dovrebbe mai superare le 2 ore; dopo tale soglia di tempo infatti c'è il rischio di reiterare la formulazione di idee, anziché produrne di nuove
Natura dei dati	Dati qualitativi. Ciò significa che le informazioni: <ul style="list-style-type: none"> a) non sono standardizzate ma uniche; b) si esprimono con stili verbali espliciti, perciò permettono di ascoltare le ragioni e chiedere eventuali approfondimenti; c) il campionamento è ragionato, e come regola d'arresto ha la saturazione (informazioni che si ripetono), e non la numerosità del campione; d) occorre trascrivere i dati registrati e sottoporli a laboriose analisi
Struttura relazionale	Secondo la definizione di Merton (1990), più che di <i>groups</i> (con identità comune, norme e obiettivi condivisi) occorre parlare di <i>groupings</i> (raggruppamenti): più pseudo-comunità che comunità vere e proprie. I gruppi dovrebbero essere omogenei, il FG è perciò esplicitamente sconsigliabile quando i partecipanti ricoprono ruoli di reciproca subordinazione/sovraordinazione, altrimenti i partecipanti non si sentirebbero a proprio agio e adotterebbero strategie miranti a non scoprirsi. È anche da evitare di fare FG con persone che operano abitualmente in modo contiguo: il rischio è che si riproducano conflitti quotidiani e l'obiettivo informativo del FG fallirebbe
Luogo	I partecipanti debbono potersi vedere tutti in faccia, l'ambiente non deve essere troppo dispersivo o troppo angusto. Sconsigliati ambulatori, aule magne, sale congressi, salette con sedie fisse tipo cinema. L'ambiente deve essere tranquillo e lontano da rumori esterni
Moderatore	Presenta il lavoro, stimola la discussione, facilita la comunicazione, permette ai partecipanti di intervenire. Perciò fin da subito tendono ad attivarsi meccanismi attraverso i quali un <i>grouping</i> tende a diventare un gruppo in senso stretto: tentativi di <i>leadership</i> , ruoli,

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
	regole minime, attrazioni o repulsioni, alleanze tattiche, <i>etc...</i> ne sono segni inequivocabili. Abilità del facilitatore è sfruttare queste dinamiche secondo le finalità “informative” del FG, esserne lui per primo il <i>leader</i> e fissare regole minime di comportamento
Osservatore	Garantisce i tempi per ciascuna fase di lavoro, sintetizza le parole chiave emerse nella discussione, non entra direttamente in contatto con il gruppo, ma comunica al moderatore l’eventuale instaurarsi di dinamiche poco favorevoli all’interazione

2.4 Interviste

L’intervista qualitativa è definita (Corbetta,1999) essere:

“una conversazione provocata dall’intervistatore, rivolta a soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione e in numero consistente, avente finalità di tipo conoscitivo, guidata dall’intervistatore, sulla base di uno schema flessibile e non standardizzato di interrogazione”

Le interviste qualitative sono, dunque, conversazioni “estese” tra il ricercatore e l’intervistato, durante le quali il ricercatore cerca di ottenere informazioni quanto più dettagliate e approfondite possibili sul tema della ricerca.

Al pari delle altre tecniche qualitative, l’obiettivo primario dell’intervista è accedere alla prospettiva del soggetto studiato, cogliendo le sue categorie concettuali, le sue interpretazioni della realtà e i motivi delle sue azioni.

L’intervista, rivolta a soggetti selezionati secondo un piano di rilevazione, è guidata dall’intervistatore sulla base di uno schema di interrogazione più o meno flessibile e standardizzato, in base alla tipologia di intervista adottata. Essa non è comunque confrontabile con una normale conversazione tra le parti perché in questo caso i ruoli degli interlocutori non sono equilibrati: l’intervistatore guida e controlla l’intervista rispettando sempre la libertà dell’intervistato di esprimere le proprie opinioni, inoltre ogni fase dell’intervista non accade occasionalmente, come non lo sono l’evento stesso, l’intervistato e il tema dell’intervista.

A seconda del diverso grado di flessibilità, è possibile distinguere tra intervista strutturata, semi strutturata e non strutturata; tale classificazione non è però da considerarsi rigida: i tre tipi di intervista possono al contrario essere pensati come distribuiti lungo un *continuum* non caratterizzato da una netta divisione tra le parti.

La scelta del tipo di intervista dipende dagli obiettivi della ricerca; in generale, si ricorre a un'intervista strutturata quando il disegno della ricerca prevede un numero considerevole di interviste mentre, a mano a mano che il numero di interviste diminuisce, si ricorrerà a una semi-strutturata o non strutturata.

L'**intervista strutturata** rappresenta il più rigido dei tre tipi: prevede un insieme fisso e ordinato di domande aperte che vengono sottoposte a tutti gli intervistati con la stessa formulazione e nella stessa sequenza, alle quali l'intervistato è lasciato libero di rispondere come crede; anche se la domanda non vincola l'intervistato, il fatto che le domande vengono poste a tutti nello stesso ordine rende l'intervista poco flessibile e adattabile alla specifica situazione. Da questo punto di vista essa rappresenta una sorta di mediazione tra l'approccio quantitativo e l'approccio qualitativo, una tecnica "ibrida" che raccoglie informazioni, da un lato, in modo standardizzato (le domande) e, dall'altro, in modo aperto e destrutturato (le risposte).

Questa sua ambivalenza fa sì che l'intervista strutturata possa essere utilizzata quando si vuol procedere in modo standardizzato ma nello stesso tempo la conoscenza limitata del fenomeno non consente l'utilizzo di un questionario¹ a risposte chiuse.

L'**intervista semi strutturata** prevede una traccia che riporta gli argomenti che necessariamente devono essere affrontati durante l'intervista; essa può essere costituita da un elenco di argomenti o da una serie di domande a carattere generale. Nonostante sia presente una traccia fissa e comune per tutti, la conduzione dell'intervista può variare sulla base delle risposte date dall'intervistato e sulla base della singola situazione. L'intervistatore, infatti, non può affrontare tematiche non previste dalla traccia ma, a differenza di quanto accade nell'intervista strutturata, può sviluppare alcuni argomenti che nascono spontaneamente nel corso dell'intervista qualora ritenga che essi siano utili alla comprensione dell'interlocutore. Può accadere, ad esempio, che l'intervistato anticipi alcune risposte e quindi l'intervistatore può dover modificare l'ordine delle domande. In pratica, la traccia stabilisce una sorta di perimetro entro il quale l'intervistato e l'intervistatore hanno libertà di movimento, consentendo a quest'ultimo di trattare tutti gli argomenti necessari ai fini conoscitivi.

¹ Il termine intervista viene comunemente utilizzato per indicare sia l'interrogazione mediante questionario, sia l'interrogazione mediante intervista. In realtà, come verrà sottolineato nel corso del presente e del prossimo paragrafo, esse derivano da approcci di ricerca molto dissimili e tra i due tipi di intervista esistono molte differenze. In questa sede utilizzeremo quindi il termine questionario per indicare lo strumento di indagine compilato dall'intervistato in autonomia.

La specificità dell'**intervista non strutturata**, detta anche in profondità o libera, è costituita dall'individualità degli argomenti e dall'itinerario dell'intervista. In questo caso, infatti, il contenuto delle domande non è prestabilito ma varia da soggetto a soggetto; l'unico elemento definito è il tema generale, gli argomenti accessori, correlati a quello generale, emergono spontaneamente nel corso dell'intervista.

L'intervistatore ha il compito di proporre, inizialmente, i temi del colloquio lasciando che l'intervistato, mantenendo l'iniziativa della conversazione, esponga liberamente il suo punto di vista. L'intervistatore deve, inoltre, far sì che la conversazione non si orienti su argomenti irrilevanti e, qualora l'intervistato accenni ad argomenti ritenuti interessanti per la ricerca, può incoraggiarlo ad approfondirli ulteriormente. In questo modo, dato un tema generale, ogni intervista diventa unica sia nei contenuti, sia nei tempi di durata sia nel tipo di rapporto che si instaura tra intervistato e intervistatore.

Il materiale empirico prodotto da un'intervista è costituito dal contenuto dell'intervista stessa, ovvero dalle motivazioni, dalle opinioni, dagli atteggiamenti, dalle credenze, dai comportamenti e da tutte le informazioni fornite dall'intervistato tramite l'espressione verbale e non verbale.

La comunicazione non verbale fornisce indicazioni sugli stati emotivi e affettivi dell'intervistato e sul loro significato, mentre la comunicazione verbale fornisce indicazioni circa la sfera cognitiva e comportamentale dell'intervistato.

L'analisi di questo materiale, a differenza di quanto accade con altre tecniche di ricerca, non è un compito che si svolge in un unico momento, ma è un processo continuo. Le interviste vengono analizzate, infatti, sistematicamente, subito dopo essere state condotte, in questo modo è possibile individuare eventuali altri temi da indagare e altre domande da sottoporre a ulteriori soggetti.

Una volta terminate tutte le interviste queste vengono riesaminate come un gruppo unico: se emergono delle aree incomplete, il ricercatore può tornare sul campo per somministrare altre interviste. Analisi e interviste, dunque, si alternano durante lo studio: con il procedere dell'analisi il quadro teorico di fondo si arricchisce e talvolta si corregge.

Le interviste possono essere svolte tramite colloquio diretto dell'intervistatore con l'intervistato (*vis-à-vis* o telefonico) oppure, se poste in forma scritta, essere affidate all'intervistato stesso affinché proceda con l'autocompilazione (per l'analisi della prima

metodologia v. Tabella seguente, per una disanima della seconda cfr. paragrafo successivo).

Tabella 5: Vantaggi e svantaggi dell'intervista, in base al metodo di conduzione (Fonte: rielaborazione degli autori)

	VANTAGGI	SVANTAGGI
Intervista diretta	Tasso di risposta - Alto tasso di risposta	Costi - È richiesto un investimento di risorse notevole, in primo luogo associate all'intervistatore, che deve essere debitamente formato, addestrato e remunerato
	Qualità dei dati - La compilazione è accurata e la qualità dei dati raccolti è buona	Desiderabilità sociale² - Può indurre effetti di desiderabilità sociale nelle risposte a causa dell'interazione tra intervistatore e rispondente
Intervista telefonica	Velocità - Permette di raccogliere molti dati in tempi brevi	Semplicità - Occorre una notevole semplificazione nella costruzione e formulazione delle domande da sottoporre
	Ampiezza e variabilità del campione - Tale metodologia permette di contattare soggetti distribuiti su tutto il territorio, raggiungendo una migliore distribuzione e una maggiore numerosità	Costo dell'iniziativa - Tale strategia di rilevazione risulta abbastanza costosa in relazione alla formazione e all'eventuale compenso economico da elargire agli intervistatori

In generale un intervistatore pone le domande a un intervistato (in base alla tipologia di intervista di cui sopra) e prende nota delle risposte. Per evitare *bias* nella conduzione dell'intervista è bene che l'intervistatore mantenga lo stesso atteggiamento interpersonale con tutti gli intervistati e per tutte le domande e che non commenti le risposte; bisogna ricordare inoltre che la credibilità, la riconoscibilità e l'aspetto esteriore dell'intervistatore, così come la formazione e l'addestramento al suo ruolo, possono influenzare la qualità delle risposte.

² Il fattore detto di desiderabilità sociale è una fonte di distorsione dei dati e viene definito come quell'effetto di disturbo che entra in gioco in una ricerca/studio quando il soggetto, nel rispondere a un'intervista o a un questionario, tende a dare risposte menzognere o non del tutto veritiere, ma che possono essere considerate socialmente più accettabili: questo fa sì che le persone cerchino di comportarsi in modo idealistico, ossia tendano a sembrare il più "normali" possibile, nel senso di maggiormente "adeguati alle norme di comportamento tradizionalmente accettabili e accettate dalle persone", al fine di presentarsi sotto una luce favorevole e ben adattati al proprio mondo sociale.

2.5 Il questionario

Come anticipato nel corso della presente trattazione, occorre sottolineare la distinzione tra intervista e questionario, termini a volte usati in maniera impropria: con intervista si intende l'interazione comunicativa messa in atto tra due o più persone con lo scopo di acquisire informazioni su determinati argomenti. Si definisce invece questionario quello strumento di misura designato a raccogliere le informazioni sulle variabili qualitative e quantitative oggetto di indagine. Il questionario è quindi uno strumento di comunicazione finalizzato a facilitare l'interazione fra il ricercatore e il rispondente: ripropone per iscritto delle domande e delle risposte che possono essere direttamente lette da parte dell'intervistato (questionario) o che eventualmente possono essere anche lette da un intervistatore (**intervista guidata e strutturata**, evoluzione dell'intervista strutturata sopra proposta e definita).

Secondo un'altra - analoga - definizione (Zammuner, 1996) i questionari sono:

“strumenti di raccolta delle informazioni, definiti come un insieme strutturato di domande, e relative categorie di risposta, definite a priori da chi lo costruisce, ovvero di domande cosiddette “chiuse”, dove all'intervistato (inteso come colui che risponde alle domande scritte del questionario) viene richiesto di individuare tra le risposte presentate quella che più si avvicina alla propria posizione, e/o di domande “aperte”, che non prevedono cioè delle risposte predeterminate”.

A ciò il soggetto può rispondere in base ai dati a propria disposizione o riportando e valutando la propria esperienza personale.

Caratteristica principale di tale strumento di rilevazione è rappresentata dal fatto che, affinché possa svolgere il suo ruolo, il questionario sia standardizzato, ovvero le domande e le comunicazione devono essere identiche per tutti i rispondenti in modo tale che le informazioni raccolte siano confrontabili fra loro e le uniche variabili siano i vissuti, le esperienze e i credo personali dei soggetti che forniscono punti di vista differenti. In questo modo il questionario si configura quale metodica anello di congiunzione tra la ricerca qualitativa e quella quantitativa (è possibile infatti richiedere anche dati numerici specifici utilizzando questionari strutturati).

Riassumendo quanto detto finora occorre ricordare che l'intervista è una interazione comunicativa (con tutte le caratteristiche di cui al paragrafo precedente), mentre il questionario è uno degli strumenti, propri della ricerca qualitativa, ma che giunge a un livello tale di strutturazione per cui l'intervistatore può servirsene per la raccolta di informazioni, ovvero per la misurazione di fenomeni, sia di natura qualitativa sia di tipo quantitativo.

I questionari sono inoltre caratterizzati da un doppio livello di standardizzazione. Da un lato relativamente agli stimoli, nel senso che le domande di un questionario sono poste nello stesso ordine e con gli stessi termini a tutti i soggetti ai quali viene somministrato, proprietà che permette di raccogliere in maniera uniforme le informazioni sui temi oggetto di indagine e di confrontare le risposte tra loro; dall'altro vi è una più o meno rigida strutturazione anche nelle risposte.

Nella Tabella seguente viene offerta una disamina delle caratteristiche positive e negative di tale strumento di indagine.

Tabella 6: Vantaggi e svantaggi del questionario (Fonte: rielaborazione degli autori)

ASPETTI POSITIVI	ASPETTI NEGATIVI
<p>Semplicità Le domande sono semplici da somministrare e le risposte sono facili da registrare (è sufficiente segnare la risposta scelta)</p>	<p>Rigidità Il rispondente può voler dare una risposta che, non essendo compresa tra quelle proposte, viene persa o distorta, giacché non sempre è possibile lasciare la disponibilità di specificare, mediante la categoria (Altro...). Questa rigidità comporta una semplificazione della soggettività dell'esperienza del singolo individuo</p>
<p>Economicità Il questionario standardizzato può essere somministrato contemporaneamente a un alto numero di individui, permettendo un risparmio di tempo e risorse</p>	<p>Poca "sensibilità" dello strumento Il questionario autosomministrato non è in grado di rilevare le percezioni di alcune categorie di persone: analfabeti, persone con poca dimestichezza con la lingua italiana scritta (anziani, stranieri, etc...)</p>
<p>Velocità di elaborazione dei dati Le informazioni così raccolte possono essere elaborate e presentate velocemente attraverso l'uso di <i>software</i> informatici facilmente disponibili, quali Excel, SPSS ed EpiInfo</p>	<p>Effetti della strutturazione delle domande Il rispondente può risultare insoddisfatto per il fatto di non poter esprimere liberamente le proprie convinzioni, o alternativamente può essere insoddisfatto dalla tipologia di domande alle quale è chiamato a rispondere. Ciò provoca o potrebbe provocare anche un limitato tasso di rispondenza, oltre che</p>

Prima di procedere con la costruzione di un questionario bisogna compiere alcuni passi preliminari, consistenti nella raccolta dettagliata delle informazioni pertinenti per la ricerca in oggetto, compiendo inoltre un'attenta analisi della letteratura scientifica sull'ambito di indagine (ivi compresa l'analisi di esperienze simili).

In prima istanza è importante che il questionario venga accompagnato da una breve lettera di presentazione, in cui spiegare le finalità e gli obiettivi della ricerca, ringraziare per il tempo dedicato alla compilazione e dare indicazione della normativa sulla *privacy*, garantendone il rispetto di tutti i dettami. Tale lettera deve essere composta da poche righe, dovrebbe essere diretta e sintetica (20 righe al massimo). Tendenzialmente è preferibile che sia scritta in terza persona, come se fosse l'obiettivo di indagine o la ricerca a parlare da sola.

La costruzione del questionario si divide poi indicativamente in quattro fasi:

1. scelta e definizione delle aree di contenuto da esplorare nel questionario;
2. formulazione dei relativi quesiti o *item*;
3. declinazione dei contenuti delle aree in singoli quesiti che rilevano verbalmente le opinioni e le percezioni dei rispondenti;
4. sistemazione dei quesiti in un ordine adeguato.

Nella parte iniziale è consigliabile offrire alcune brevi istruzioni su come rispondere e sulla scala di valutazione utilizzata, iniziando possibilmente con domande semplici e generali, che mettano a proprio agio chi risponde (es. inquadramento anagrafico). È opportuno raggruppare le domande che si riferiscono a uno stesso tema per facilitare la concentrazione del rispondente su un unico argomento alla volta, esaurito il quale si può passare al successivo, e collocare le domande più complesse che richiedono maggiore attenzione in posizione intermedia della sequenza (non all'inizio poiché possono demotivare il rispondente nel proseguire la compilazione, e non alla fine quando si può iniziare a sentire un po' di fatica e pigrizia).

Prima della somministrazione del questionario al campione, qualora questo fosse di grandi dimensioni, è consigliabile condurre un'analisi tramite *pre-test* dello strumento utilizzato, ovvero somministrare lo strumento di rilevazione a un gruppo di individui (10-20) con caratteristiche simili a quelle del campione che si intende intervistare, con

lo scopo di individuare e correggere i possibili errori di interpretazione, le domande superflue, le domande mancanti, le modalità di risposta confuse o inappropriate, *etc...* In questa fase risulta inoltre utile incoraggiare gli intervistati a commentare le domande e le risposte, facendo così emergere eventuali criticità dello strumento.

Per quanto riguarda la lunghezza di un questionario non c'è una dimensione corretta in assoluto, ma va valutata in base a diversi fattori quali ad esempio il campione di riferimento, l'ambito di interesse, il metodo di somministrazione. Generalmente si ritiene accettabile un questionario che non contenga più di 20 domande e che richieda un tempo di 10-20 minuti massimo per la compilazione.

Nella formulazione delle domande da inserire in un questionario è importante considerare che ognuna di esse dovrebbe avere 3 caratteristiche fondamentali:

- essere focalizzata su un singolo argomento, poiché domande che coprono due temi possono essere confuse per i rispondenti che possono rispondere a uno e non all'altro tema considerato;
- essere breve, poiché una domanda troppo lunga è meno focalizzata;
- essere chiara, cioè costruita utilizzando il linguaggio del rispondente ed essere quindi comprensibile a ogni intervistato.

Le domande di un questionario possono essere chiuse (o ad alternativa fissa o a risposta graduata) oppure aperte (o a risposta libera). Le prime sono accompagnate da una lista di alternative (o categorie) di risposta fra le quali il soggetto è chiamato a scegliere quella o quelle che meglio rappresentano la sua risposta. Le domande aperte permettono invece al rispondente di esporre liberamente con le proprie parole le sue percezioni.

Ciascun tipo di domande presenta vantaggi e limiti, presentati nella Tabella seguente.

Tabella 7: Aspetti positivi e limiti di domande aperte vs chiuse

(Fonte: rielaborazione degli autori)

	VANTAGGI	SVANTAGGI
DOMANDE CHIUSE	<p>Somministrazione delle domande: si risponde più velocemente alle domande chiuse e il tasso di responsività è molto più alto</p>	<p>Grado di adeguatezza della domanda/risposta: le categorie di risposta a una domanda possono non prevedere tutte le possibili risposte che l'intervistato potrebbe voler dare su un dato argomento; tali situazioni potrebbero forzare gli intervistati a dare delle risposte che non rappresentano le loro reali posizioni e pensieri</p>
	<p>Comprensione delle domande: la lista delle alternative di risposta che accompagnano una domanda chiusa può aiutare la persona a comprendere meglio la domanda stessa e a focalizzarsi sugli aspetti di interesse per il ricercatore</p>	<p>Qualità dei dati: le categorie di risposta predeterminate possono suggerire una risposta anche a chi in realtà non ha niente da dire, facendo rilevare dei dati non veritieri. Inoltre non permettono di acquisire informazioni nuove, se non quelle previste</p>
	<p>Elaborazione delle risposte: sono più facili e veloci da codificare ed elaborare; anche il confronto tra risposte di soggetti diversi avviene più facilmente</p>	<p>Variabilità: eventuali differenze di interpretazione possono passare inosservate e la variabilità di risposta di soggetti diversi può essere annullata</p>
DOMANDE APERTE	<p>Qualità delle informazioni: forniscono informazioni più qualitative che quantitative. Possono emergere aspetti nuovi, non preventivamente considerati dall'intervistatore</p>	<p>Somministrazione delle domande: rispondere alle domande aperte richiede maggiore impegno e tempo rispetto alle domande chiuse</p>
	<p>Originalità delle risposte: forniscono informazioni più originali, inoltre possono emergere aspetti nuovi non preventivamente considerati dall'intervistatore. L'intervistatore ha inoltre la possibilità di approfondire le tematiche di interesse</p>	<p>Qualità dei dati: le risposte possono mancare o possono contenere informazioni irrilevanti, vaghe o male espresse</p>
	<p>Complessità dell'argomento: sono preferibili nell'affrontare problemi complessi o nel caso in cui le modalità di risposta fossero troppo numerose</p>	<p>Elaborazione delle risposte: risposte molto differenti rendono difficile il confronto e l'analisi statistica</p>

Per quanto riguarda la somministrazione dei questionari esistono due metodi principali per raccogliere le informazioni: l'autosomministrazione, grazie alla quale ciascun rispondente legge le domande e poi risponde singolarmente, e la somministrazione condotta da un intervistatore, che pone le domande e registra le risposte.

La seconda tipologia rientra nella fattispecie dell'intervista strutturata (di cui al paragrafo precedente). Entrambe le tecniche di somministrazione presentano vantaggi e svantaggi, e possono essere differenziate ulteriormente in base alle specifiche metodiche utilizzate (cfr. Tabella seguente). Nel momento in cui ci si avvale dell'autosomministrazione, bisogna porre però l'attenzione su alcune accortezze: come anticipato, i questionari devono essere distribuiti spiegando brevemente, tramite lettera di accompagnamento, gli obiettivi dell'indagine, motivando il rispondente e chiedendone la collaborazione per la compilazione che gli viene affidata; il questionario deve inoltre essere il più possibile semplice, di facile comprensione e compilazione, e accompagnato da brevi e chiare istruzioni. Una volta compilato, dovrebbe poi essere raccolto in una apposita urna, che garantisca l'anonimato del rispondente, o dovrebbe essere restituito per posta.

Tabella 8: Aspetti positivi e limiti delle diverse tipologie di somministrazione dei questionari (Fonte: rielaborazione degli autori)

	VANTAGGI	SVANTAGGI
Somministrazione immediata	Tempestività: questa modalità permette di mettersi in contatto e di raccogliere le percezioni ad esempio di un campione di cittadini che, usufruendo in quel momento della prestazione sanitaria, possono riferire per esperienza diretta e immediata le loro impressioni	Poca “sensibilità” dello strumento: il questionario autosomministrato non è in grado di rilevare le percezioni di alcune categorie di persone: analfabeti, persone con poca dimestichezza con la lingua italiana scritta (anziani, stranieri, <i>etc...</i>)
	Economicità: consegnare il questionario nel momento di fruizione dei servizi può risultare una modalità economicamente vantaggiosa di raccolta delle percezioni dei fruitori	Desiderabilità sociale: la particolare situazione può generare un <i>bias</i> , che aumenta la positività dei giudizi degli utenti coinvolti
	Sostegno nella compilazione: durante la compilazione, il rispondente può fare riferimento all’incaricato che ha distribuito lo strumento per ricevere informazioni su parti del questionario poco chiare	Semplicità dello strumento: dal momento che manca l’intervistatore, risulta necessario formulare le domande in un linguaggio semplice, comprensibile a tutti
Somministrazione postale	Velocità: permette un risparmio dal punto di vista del periodo di rilevazione, poiché i questionari sono inviati simultaneamente a tutti i soggetti e restituiti nel giro di alcune settimane	Tasso di rinvio: basso tasso di rinvio. Questa modalità di somministrazione andrebbe utilizzata con un campione con alta motivazione a rispondere
	Estensione della rilevazione: permette di contattare un grande numero di cittadini a un costo relativamente basso	Caratteristiche del campione: i mancati ritorni spesso possono introdurre delle distorsioni nel campione e non esistono strumenti di controllo sul ritorno (non si ha la possibilità di conoscere le motivazioni che spingono a non rispondere)
	Capillarità nella rilevazione: permette di raggiungere individui distribuiti su un territorio vasto	Base dati: occorre disporre di una base dati contenente i dati personali (tra cui nome e indirizzo) della popolazione di riferimento

	VANTAGGI	SVANTAGGI
	<p>Anonimato: garantisce l'anonimato del rispondente</p> <p>Qualità dei dati: favorisce risposte più sincere, riduce la probabilità di effetti di desiderabilità sociale nelle risposte (poiché elimina l'interazione tra intervistatore e rispondente e la subalternità psicologica). Permette di raccogliere il livello di soddisfazione dei fruitori "a freddo", anche a distanza di tempo dal contatto con il servizio, in momenti in cui si trovano psicologicamente lontani dalla situazione di bisogno nei confronti della prestazione sanitaria</p>	<p>Tipo di domande: le domande proposte dovranno essere prevalentemente di tipo chiuso, in quanto quelle aperte possono demotivare il soggetto a rispondere. Ciò comporta un'ulteriore semplificazione dello strumento e della qualità dei dati raccolti</p> <p>Veridicità dei dati: con questo tipo di somministrazione non è possibile controllare chi effettivamente compila il questionario</p>
Somministrazione telematica	<p>Tempi di raccolta dati: la rilevazione consente di ottenere i dati richiesti rapidamente, con la possibilità di effettuare anche una rilevazione istantanea, concentrata in un intervallo temporale molto ristretto</p>	<p>Attrezzatura tecnica: gli intervistati devono necessariamente essere dotati di <i>personal computer</i> e connessione ad <i>internet</i></p>

Per quanto riguarda l'elaborazione dei risultati, è importante sottolineare che si facilitano analisi statiche di tipo descrittivo e immediato solo sui dati emersi dai questionari costituiti da domande a risposta chiusa, ovvero domande accompagnate da una lista di alternative (o categorie) di risposta fra le quali il soggetto sceglie quella o quelle che meglio rappresentano la sua percezione o il suo giudizio. Per tali domande è possibile associare a ogni risposta un valore numerico ed effettuare su tali valori le operazioni matematiche appropriate.

Molto più complesse risultano invece essere le strategie per l'elaborazione delle domande aperte: in questo caso servono degli appositi *software* e quindi il processo di rielaborazione diviene molto più complesso, come sarà spiegato in seguito. Quando è possibile dunque ricondurre le risposte a domanda aperte, ad alcune categorie di risposta, è consigliabile codificare ciascuna categoria di risposta con un valore numerico e procedere all'elaborazione di tale domanda, come prima descritto per le domande chiuse.

In alternativa si può costruire una struttura ad albero sulla base delle risposte date. In altre parole, è possibile strutturare alcune macro-categorie rappresentative dei contenuti di tutte le risposte e poi associare ogni risposta a una categoria; in questo modo si può avere una sintesi ragionata di tutte le risposte date dagli intervistati, rispettando il livello di generalità di ognuna, e procedendo poi nella discussione qualitativa dei dati così raggruppati, evitando di generare delle statistiche descrittive sulle tipologie di risposte, ma lasciando che la descrizione dei dati sia esclusivamente di tipo qualitativo.

Per ciò che concerne i *software* dedicati alle analisi lessicali, essi sono in grado, ad esempio, di individuare le occorrenze e co-occorrenze di alcuni termini (frequenza e associazioni tra parole, riconoscendo quelle parole che compaiono più spesso e più di frequente vicine tra loro). Per l'utilizzo di tali programmi è però necessario avere delle buone conoscenze informatiche e statistiche.

2.5.1 Le scale di valutazione

Un caso particolare di domande chiuse è costituito da quelle che prevedono una risposta all'interno di una "scala", ovvero attraverso la quale si chiede all'intervistato di posizionarsi lungo una sequenza di possibili risposte, tra loro graduate secondo un preciso criterio.

Può essere una scala di tipo numerico, impiegabile in qualsiasi situazione di intervista e in grado di facilitare una serie di elaborazioni quantitative dei risultati, oppure una scala basata su concetti (per esempio: per nulla soddisfatto, poco soddisfatto, mediamente soddisfatto, abbastanza soddisfatto, molto soddisfatto) o sul grado di accordo/disaccordo in riferimento a una serie di affermazioni proposte. Queste ultime presentano il vantaggio di una immediata comprensibilità da parte di qualunque genere di intervistato.

Nell'ambito delle sequenze numeriche, una scala con un elevato numero di livelli (per esempio, 11 livelli) consente un maggior dettaglio dei risultati, ed è teoricamente più valida. Nella realtà, una scala del genere comporta forti problemi di chiarezza e di univocità di interpretazione da parte dell'intervistato: ognuno si concentra su determinate parti della sequenza, a seconda delle sue precedenti esperienze, del suo vissuto, *etc...*

Una scala con una gamma molto contenuta di livelli (per esempio, con solo tre livelli) presenta al contrario il pregio di una ottima chiarezza di interpretazione da parte dell'intervistato, ma non consente un sufficiente dettaglio dei risultati e una adeguata precisione delle risposte.

Quando per esempio si chiedono previsioni ("pensa di utilizzare in futuro un servizio di questo tipo?"), è sempre consigliabile pre-codificare le risposte secondo una scala più graduata e che non sia ridotta semplicemente alle alternative sì/no. Nella maggior parte dei casi, gli intervistati si troverebbero in difficoltà, in quanto la loro risposta sarebbe intermedia rispetto a questi due estremi. Meglio allora prevedere una scansione di questo tipo:

- certamente sì,
- probabilmente sì,
- non so,
- probabilmente no,
- certamente no.

In molti casi, quindi, si cerca una mediazione tra le scale molto precise, dotate di un elevato numero di livelli e le scale più corte, facili da gestire, ma piuttosto approssimative.

A volte, la scala impiegata presenta un numero pari di modalità, per esempio da 1 a 4: una soluzione di questo tipo è caratterizzata dal difetto consistente nell'assenza di un baricentro, un punto di equilibrio centrale. In linea di massima, si ricorre a questo genere di scala quando si ritiene conveniente sollecitare in qualche modo l'intervistato a prendere una posizione precisa, che non sia una condizione di neutralità. Le scale con un numero dispari di possibilità presentano invece il problema opposto, ovvero si corre il rischio che l'intervistato tenda a dare sempre la risposta corrispondente al valore centrale.

In altri casi, si ricorre alla tradizionale scala di valutazione numerica scolastica, con punti che vanno da 1 a 10. Il pregio di questa scelta è connesso alla immediata intuibilità per l'intervistato e alla vicinanza a una *forma mentis* diffusa nella grande maggioranza delle persone. D'altra parte, proprio l'associazione con le valutazioni scolastiche tende a ridurre l'utilizzo della scala a solo una parte di questa, ossia quella parte effettivamente utilizzata a scuola, dove un 4 è un punteggio già decisamente negativo.

L'opzione migliore risiede nella possibilità di unire scale di tipo qualitativo, ma codificate numericamente, e di mantenere per tutto il questionario le medesime modalità di valutazione (quindi sempre scale a 4, o a 5, o a 7, o a 9 *item*), in modo tale da fornire sempre il medesimo punto di riferimento, senza confondere l'interlocutore.

Per evitare incomprensioni e risposte viziate è sempre opportuno definire all'inizio del questionario o nella lettera di presentazione la tipologia di scala che verrà utilizzata, attraverso una spiegazione qualitativa dei vari livelli numerici, in modo tale da oggettivare per tutti gli interlocutori il valore del numero, e far sì che tutti i soggetti chiamati a rispondere utilizzino un medesimo criterio.

CONCLUSIONI

Attraverso la presente dispensa si è cercato di esporre quali fasi deve attraversare una ricerca qualitativa (come una ricerca di tipo quantitativo), al fine di essere correttamente strutturata.

Oltre a illustrare le modalità con le quali definire il disegno di uno studio coerentemente, l'obiettivo che si voleva raggiungere era quello di proporre degli strumenti operativi e sensibilizzare il lettore alla loro corretta applicazione in ambito sanitario e socio-sanitario.

Ovviamente tutto ciò voleva rappresentare un piccolo supporto metodologico, di base, senza velleità di rappresentare un manuale scientifico completo, che può pertanto essere ulteriormente approfondito nel caso in cui vi siano specifiche necessità da parte del lettore o in fase di stesura dell'elaborato di tesi.

L'aspetto più rilevante risiede nella possibilità, fornita da questo scritto, di far acquisire una terminologia specifica, facendo chiarezza e luce sulle varie modalità di ricerca qualitativa presenti, senza sovrapporre, modificare o fondere uno strumento con l'altro e senza generare confusioni ed errate conoscenze.

La sensibilità alla ricerca rappresenta un primo *step* cognitivo, che ci auguriamo di aver fornito al lettore.

Sarebbe oltremodo opportuno cercare di testare operativamente l'infarinatura teorica fornita, attraverso una applicazione empirica, ossia sul campo, e nello specifico contesto sanitario e socio-sanitario, di una di queste metodiche.

Quale momento più felice per poter far convivere e coesistere teoria e pratica, se non quello della tesi?

A questo proposito vi esortiamo a proseguire la lettura della dispensa sulla stesura della tesi tenendo bene a mente i precetti qui presentati e che possono eventualmente essere approfonditi grazie alla lettura dei testi utilizzati e suggeriti in Bibliografia.

BIBLIOGRAFIA

- Bowles H.(1999), "The Delphi technique", *Nursing Standard*, vol 12, 45: pp.32-36
- Candiani G, Colombo C, Daghini R, Magrini N, Mosconi P, Nonino F, Satolli R, Come organizzare una conferenza di consenso, Sistema Nazionale Linee Guida - Istituto Superiore di Sanità, 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.snlg-iss.it>
- Chinn PL and Kramer MK, *Theory and nursing: A systematic approach*. 1991 St. Louis: Mosby.
- Cohen D, Crabtree B. *Qualitative research guidelines project*. 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.qualres.org/>
- Delbeq A.L., Van de Ven A.H., Gustafson D.H.(1975), *Group Techniques for Program Planning: a Guide to Nominal Group and Delphi Process*, Scott Foreman & Co, Glenview (Ill.).
- Greenhalgh T, Taylor R. How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997;315:740-3.
- Maturo A., Tipi di ricerca sociale, in Cipolla C. (a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Angeli, Milano, 1998.
- Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Policy* 2005;10(Suppl 1):6-20.
- Merton R.K., Fiske M., Kendall P.(1990), *The Focused Interview: A Manual of Problems and Procedures*, The Free Press, New York (prima edizione 1956).
- Moffatt S, White M, Mackintosh J, *et al.* Using quantitative and qualitative data in health services research. What happens when mixed method findings conflict? *BMC Health Serv Res* 2006;8;6:28.
- OsSC Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei medicinali, AIFA Agenzia Italiana del Farmaco, *La sperimentazione clinica dei medicinali in Italia - 9° Rapporto Nazionale*, disponibile al [link](http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/rapporto_9_2010_0.pdf) http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/rapporto_9_2010_0.pdf
- PNLG Programma Nazionale per le Linee Guida, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, *Come produrre, diffondere, aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica*, Zadig Editore, 2002.
- Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. *BMJ* 1995;311:42-5.

- Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, et al. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Epidemiol Community Health* 2002;56(2):119-27.
- Sofaer S. Qualitative research methods. *Int J Qual Health Care* 2002;14(4):329-36.
- Sturt J, Hearnshaw H, Farmer A, et al. The diabetes manual trial protocol. A cluster randomized controlled trial of a self-management intervention for type 2 diabetes. *BMC Fam Pract* 2006;7:45.
- Woolhead GM, Donovan JL, Dieppe PA. Outcomes of total knee replacement: a qualitative study. *Rheumatology* 2005;44(8):1032-7.
- Zammuner V.L., Interviste e questionari. Roma, Borla Edizioni, 1996.
- Ziebland S, Featherstone K, Snowdon C, et al. Does it matter if clinicians recruiting for a trial don't understand what the trial is really about? Qualitative study of surgeons' experiences of participation in a pragmatic multi-centre RCT. *Trials* 2007;8:4.