

# Qualità del servizio e soddisfazione. Un'indagine su una struttura sanitaria accreditata dalla regione Toscana

Anna Romiti, Chiara Lorini,  
Elettra Pellegrino, Guglielmo Bonaccorsi

Sommario: 1. Introduzione - 2. La qualità del servizio sanitario percepita dagli utenti - 3. La relazione tra qualità del servizio e soddisfazione del paziente – 4. Metodologia - 4.1 Il campione - 4.2 Il questionario - 5. Analisi e risultati - 6. Discussioni - 7. Conclusioni

## Abstract

The aim of this research is to verify the relationship between service quality and patient satisfaction. As of the latter we also identify the dimensions that mostly determine it among those related with health professionals' duties.

Data were collected from an accredited Tuscan private hospital and the subjects who completed the questionnaire were 60. As of its structure it was composed by some of the scales of the KQCAH (Key Quality Characteristics Assessment for Hospitals), specifically focusing the following dimensions: respect and caring, appropriateness, information and meals.

Findings of the ordered logistic regressions show that the factors we investigated determine 50% of the variance of the patient satisfaction levels; the analysis also demonstrates that respect and caring and the appropriateness were significant determinants of satisfaction.

**Key words:** patient satisfaction, health service quality, consumer behavior.

## 1. Introduzione

Le organizzazioni sanitarie negli ultimi anni sono state attraversate da dinamiche evolutive importanti. La crescente pressione sulle risorse a disposizione delle stesse e il cambiamento della domanda in termini sia

quantitativi sia qualitativi (Urden, 2002) hanno spinto gli erogatori dei processi di cura a focalizzare maggiormente l'attenzione sulla qualità dei servizi.

È stato infatti riconosciuto che il miglioramento della qualità ha ricadute importanti non soltanto in termini di "compliance" dei pazienti (McAlexander et al., 1994), ma anche sulla riduzione nei costi totali della cura (Kenagy et al., 1999) e crescita di efficienza (Anderson, 1995; Nuti et al., 2011) oltre che sulla soddisfazione dei pazienti (Gok e Sezen, 2013).

Tra i fattori considerati in grado di migliorare la qualità della cura, l'Institute of Medicine (2001) annovera l'approccio "paziente-centrico", definito come la possibilità di dare ai pazienti *"the necessary information and opportunity to exercise the degree of control they choose over health decisions that affect them. The system should be able to accommodate differences in patient preferences and encourage shared decision making"* (IOM 2001, pp. 3-4). Questo concetto è stato recentemente allargato a comprendere, oltre all'autonomia e indipendenza del paziente nelle decisioni che riguardano i processi di cura (i.e., l'empowerment), anche il miglioramento delle relazioni tra pazienti, medici e familiari onde garantire il rispetto di preferenze, bisogni e valori degli stakeholder (Montgomery e Little, 2011).

In questa prospettiva l'utente è considerato non un semplice destinatario del servizio, né un mero "consumatore" di prestazioni sanitarie, ma un attivo collaboratore, secondo l'assunto che il soggetto è un co-produttore (prosumer) di salute (Donabedian, 1992) e un protagonista dei propri percorsi di cura.

Poiché in sanità la soddisfazione del cliente è considerata un outcome (Donabedian, 1980), la prospettiva dell'utente - prosumer, che partecipa attivamente al processo di erogazione del servizio, assume valore di indicatore misurabile e in grado di orientare i decisori (manager). Inoltre l'importanza dell'approccio paziente centrico è stata considerata anche per l'impatto positivo sulla qualità della cura in termini di soddisfazione dei pazienti e riduzione di errori medici (Avgar, Givan e Liu, 2011).

In questa prospettiva, la misura della percezione del paziente sul servizio ricevuto diviene sempre più rilevante, anche per le importanti risposte che la stessa genera nell'utente. Tra queste, meritano di essere ricordate le risposte cognitive, quelle affettive - tra le quali viene spesso annoverata la soddisfazione dell'utente (Etgar e Fuchs, 2009) - ed infine quelle relative alle intenzioni (Lavidge e Steiner, 1961).

Sulla misura della soddisfazione dei pazienti, in letteratura ci sono opinioni contrastanti, che negli anni hanno portato allo sviluppo di nuove metriche orientate a misurare l'esperienza degli utenti invece del grado di soddisfazione. Alcuni autori sostengono che le misure di soddisfazione abbiano offerto un contributo limitato nonostante i diversi sforzi effettuati (Cleary, 1999). Le critiche espresse sono legate ad elementi di soggettività che le rendono difficilmente utilizzabili per comparare le performance delle diverse organizzazioni sanitarie e per identificare in modo chiaro gli elementi del servizio da migliorare (Coulter, Fitzpatrick e Cornewell, 2009). Gli autori attribuiscono tale soggettività a differenti aspetti, quali le preferenze personali dei pazienti, le loro aspettative, le modalità di risposta, mettendo invece in luce i benefici che

possono derivare dall'adozione di misure di esperienza in grado di rilevare quanto accaduto durante l'accesso al servizio.

All'opposto, altri autori ritengono che l'analisi della soddisfazione dell'utente rispetto ai servizi sanitari, considerato a lungo un indicatore "soft", sia oggi un componente essenziale della strategia e del management della qualità della cura (Urden, 2002). L'importanza di tale misura è anche confermata dal fatto che una sua valutazione permette di raggiungere diversi obiettivi, tra i quali la possibilità di effettuare comparazioni tra i diversi erogatori di servizi di salute, valutare la qualità della cura e identificare gli elementi del servizio che necessitano di miglioramento (Jackson, Chamberlin e Kroenke, 2001; Flotter, Ford e Bach, 1997).

La conoscenza degli elementi che determinano la soddisfazione diviene quindi importante per raggiungere gli obiettivi suddetti.

In letteratura molti sono stati gli studi che hanno indagato le determinanti della soddisfazione del paziente, ad oggi, comunque, non c'è ancora accordo su quali elementi debbano essere riconosciuti come determinanti principali della soddisfazione dei pazienti. Analisi effettuate in contesti diversi e con strumenti di misura differenti hanno portato a risultati non omogenei e non direttamente comparabili, come più volte citato in letteratura (Péfoyo e Wodchis, 2013; Pai e Chary, 2013; Castle et al., 2005). È stato comunque generalmente riconosciuto che, in ambito di erogazione dei servizi sanitari, sono presenti determinanti che sono fuori dal controllo dei professionisti, quali, ad esempio, alcune caratteristiche sociodemografiche dei pazienti (i.e. età, stato di salute) e alcune di quelle istituzionali (i.e. dimensione dell'ospedale, presenza di strutture universitarie) (Young, Meterko e Desai, 2000). Altre determinanti invece sono direttamente gestibili dai professionisti sanitari anche ai fini del miglioramento della qualità del servizio erogato (come, ad esempio, il comportamento del personale) e del suo risultato in termini di efficacia del percorso di cura.

In questo lavoro ci dedicheremo principalmente all'analisi delle determinanti della soddisfazione del paziente che sono direttamente gestibili dai professionisti. La conoscenza del giudizio dei pazienti su tali elementi può essere di supporto al management sanitario per organizzare i servizi nella logica della qualità e del miglioramento di alcune sue dimensioni. In particolare analizzeremo gli aspetti della qualità ai quali i pazienti attribuiscono particolare importanza nella propria valutazione di un servizio sanitario.

Gli utenti spesso considerano una parte della qualità percepita, ovvero la qualità funzionale, come la determinante principale della qualità del proprio processo assistenziale (Babakus e Mangold, 1992): il modo in cui il servizio è loro erogato è ciò che meglio viene percepito e influenza il loro giudizio. Viene invece spesso trascurata, o non compresa appieno, la componente legata all'accuratezza delle diagnosi e delle procedure (Dagger, Sweeney e Johnson, 2007).

Per la presente disamina abbiamo considerato una struttura privata accreditata dal servizio sanitario regionale cui fornisce, in regime di erogazione pubblico-privato, prestazioni e servizi oggetto di convenzione e accordi

predeterminati, anche per quanto concerne ai tetti massimi di attività ricompensate. Si tratta di una struttura che dal punto di vista della tipologia di sistema di offerta di servizi sanitari si colloca tra le "convenzionate" caratterizzate da canali di finanziamento pubblico e da una natura privata dell'offerta (Del Vecchio, Rappini, 2011). Questa struttura è chiamata a rispettare i requisiti di accreditamento della regione Toscana, che prevedono, tra l'altro, una valutazione sistematica della qualità percepita dall'utenza. Tale processo di valutazione è considerato non solo un aspetto da presidiare ai fini dell'accreditamento, ma anche un elemento per la costruzione di un vantaggio competitivo, rispetto al committente regionale, nei confronti di altre analoghe strutture presenti sul territorio.

Nella maggior parte delle regioni italiane, servizi e prestazioni sanitarie sono erogate, prevalentemente, dalle strutture pubbliche a gestione diretta. In particolare, nel territorio toscano il numero di strutture sanitarie private è esiguo e nella maggior parte dei casi esse funzionano in regime di convenzione/accreditamento con il servizio sanitario regionale. Solo le strutture accreditate possono erogare prestazioni di carattere pubblico, a rimborso totale o parziale da parte dell'ente regionale.

Considerando il particolare contesto di analisi per il territorio toscano, sembra utile sintetizzare alcuni dati sulle caratteristiche dell'offerta di sanità privata in Toscana.

Tra il 2008 e il 2012 si registra una riduzione del 23,4% delle aziende ospedaliere pubbliche "pure", la speditività privata accreditata mostra una sostanziale tenuta, con un calo numerico più contenuto in epoca di crisi (da 541 a 512 strutture, per un decremento del 5,3%) (Aiop, 2015). La regione Toscana, in linea con il passato, mostra comunque una prevalenza di strutture pubbliche (dei 512 ospedali e case di cura accreditati a livello nazionale, solo 28 appartengono alla nostra Regione, il 5%) (Ministero della Salute), analogamente a Sardegna, Basilicata, Liguria, Friuli, Veneto, Umbria, Abruzzo e Molise e province autonome di Trento e Bolzano; una sostanziale parità di offerta pubblico/privato viene invece registrata nelle regioni meridionali (Campania, Calabria, Lazio e Sicilia) oltre che in Lombardia e in Val d'Aosta.

Considerando il numero complessivo di posti letto, se in Italia le strutture private accreditate rispetto al totale delle strutture sanitarie rappresentano il 21,1% (per un totale di 44.487 posti letto nel 2011, ultimo dato pubblicato dal Ministero della Salute), in Toscana tale percentuale si abbassa al 14,5% (1.692 posti letto nel 2012, in flessione rispetto ai 1.725 del 2011).

La degenza media nelle strutture private accreditate si attesta sulle 9 giornate (una in più delle strutture pubbliche), il che ha significato l'erogazione di più di dieci milioni e seicentomila giornate di degenza nelle strutture toscane. Nelle strutture toscane private accreditate, comparabili a quella oggetto della ricerca, la degenza media cresce fino a 22,3 giorni, fatto spiegato dalla tipologia di utenti e dal tipo di risposta sanitaria erogato (i.e., riabilitazione funzionale, neurologica, cardiologica).

Alla luce di questi dati, che confermano la sostanziale tenuta del "fenomeno privato" in sanità, laddove il servizio pubblico contiene e raziona le proprie

strutture e il conseguente volume di prestazioni, diventa interessante provare a capirne e analizzarne alcune peculiarità, anche in specifici contesti che da tempo svolgono un ruolo di partnership con il servizio sanitario pubblico, quali, ad esempio, quelli di tipo riabilitativo.

Quest'ultimo è un ambito ancora poco investigato in tema di qualità e soddisfazione dei pazienti (Cornwell e Goodrich, 2011), sebbene presenti peculiarità rispetto ad altri luoghi di cura (i.e., focus su specifici aspetti di funzionalità dei soggetti, forte interazione tra vari professionisti che lavorano all'interno di un team multidisciplinare) (Keith, 1998) che rendono difficile la mutuazione rispetto a quanto descritto in altri setting assistenziali. Dagli studi pubblicati emerge comunque che la soddisfazione dei pazienti ricoverati in ospedali di tipo riabilitativo è un aspetto da valutare "di per sé", in quanto pazienti con maggiore grado di soddisfazione presentano una maggiore compliance con il trattamento riabilitativo (Keith, 1998; Franchignoni et al., 2002).

Questo articolo si pone l'obiettivo di rispondere a due domande di ricerca:

- individuare ed esaminare quali elementi del servizio ospedaliero riabilitativo hanno nel complesso un ruolo significativo nel determinare la soddisfazione del paziente che utilizza servizi di strutture private accreditate.
- quali elementi di tale tipologia di servizio esercitano un maggior peso sulla soddisfazione del paziente. In particolare, tra gli elementi mediati dal fattore umano e tra quelli relativi agli aspetti tangibili del servizio, quali incidono maggiormente nel determinare la qualità del servizio percepita dai pazienti.

La rilevanza e gli esiti derivanti dalla risposta a tali quesiti è duplice: da un lato, fornire ai manager delle strutture private accreditate alcune "piste" che permettano di verificare quali elementi del servizio sanitario incidono maggiormente sulla soddisfazione dei pazienti, consentendo loro una riprogettazione del servizio in risposta a tali necessità. Dall'altro, si tenta di colmare un gap presente in letteratura su quali siano le determinanti principali della soddisfazione dei pazienti, in particolare in strutture sanitarie private la cui importanza crescente è identificabile anche alla luce della crisi dei sistemi pubblici di welfare.

## **2. La qualità del servizio sanitario percepita dagli utenti**

In letteratura sono presenti molte definizioni di qualità del servizio. La qualità del servizio è stata identificata, per esempio, come il gap tra le percezioni e le aspettative dei clienti (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988), o l'estensione al quale i servizi incontrano o eccedono le aspettative dei consumatori (Zeithaml et al., 1996).

In ambito sanitario, la qualità è stata definita come "il grado al quale i servizi di salute per gli individui e la popolazione accrescono la probabilità di risultati di salute desiderati e sono coerenti con la corrente conoscenza professionale" (Kelly e Hurst, 2006)

Uno dei più utilizzati *framework* per descrivere la qualità della cura è quello descritto da Donabedian (1980), che propone tre dimensioni della qualità: qualità della struttura, qualità dei processi e qualità dei risultati. La qualità della struttura è relativa al “setting” in cui il servizio è erogato; la qualità del processo concerne la modalità con cui la cura è tecnicamente effettuata; infine, la qualità del risultato riguarda l’impatto della cura sulla salute dei pazienti. Negli ultimi anni alcuni autori hanno sostenuto che la qualità non può essere concentrata solo sul processo, ma occorre spostare maggiormente l’attenzione sui risultati, ovvero sull’outcome di salute (Maynard, 2008).

In termini di risultati della cura sono possibili due tipi di valutazione. Da una parte, possono essere misurati i risultati clinici basati sul miglioramento della salute dei soggetti, dimensione oggettivabile in termini medici. Dall’altra, viene presa in esame la prospettiva dei pazienti, ovvero la qualità percepita del processo di cura.

Come riferito da alcuni autori, in ambito sanitario è possibile parlare di due tipi di qualità. La prima, “qualità intrinseca” o “scientifica”, riguarda le componenti della conoscenza e della tecnologia come mezzi per risolvere i problemi sanitari, mentre la seconda, “qualità estrinseca” o “percepita”, è riferita alla valutazione dei pazienti riguardo al servizio ricevuto (Navarro-Espigares e Hernandez Torres, 2011: 389). Questa seconda dimensione integra i trattamenti ricevuti dai pazienti e il supporto garantito alle loro famiglie, le informazioni, le condizioni ambientali e la sistemazione ricevute ed è la componente maggiormente considerata dai pazienti. Secondo alcuni autori (Gill e White, 2009) questa dimensione si riferisce a quello che nel framework di Donabedian (1980) rappresenta la dimensione outcome (Navarro-Espigares e Hernandez Torres, 2011: 390)

Su questa seconda dimensione si concentra l’analisi ivi esplicitata, ovvero la qualità percepita dai pazienti.

Tra gli strumenti maggiormente utilizzati per la misura della percezione della qualità del servizio, la letteratura ne riporta diversi (Pai e Chary, 2013; Castle et al., 2005) tra i quali merita di essere ricordato il SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988), ritenuto applicabile ad un’ampia varietà di imprese di servizi, ivi compresi quelli in ambito sanitario. Tale strumento valuta la qualità complessiva del servizio attraverso la misura del gap tra aspettative e percezioni dei pazienti (Aghmolaei et al., 2014; Kilbourne et al., 2004; Babakus e Mangold, 1992; Rohini e Mahadevappa, 2006). A tale riguardo, però, poiché nel modello originale del SERVQUAL la valutazione della qualità del servizio è il risultato della comparazione aspettative/percezioni, esso non si attaglia perfettamente all’ambito sanitario privato accreditato oggetto della presente ricerca: in tale ambito, infatti, la misura del gap può essere inappropriata a causa della ridotta conoscenza tecnico-professionale dei pazienti, ovvero della loro difficoltà valutativa sugli aspetti tecnico-operativi delle prestazioni ricevute (Fitzpatrick, Hopkins, 1983). Inoltre alcuni autori precisano che tale strumento non è stato specificamente costruito per la misura della qualità del servizio sanitario (Gill e White, 2009).

Ai fini del presente lavoro quindi, anche in considerazione del contesto analizzato, ci collochiamo nell’ambito della letteratura che sostiene che la sola

misura della percezione sia in grado di esprimere un giudizio sulla qualità complessiva del servizio anche senza la valutazione del gap tra aspettative e percezioni (Etgar e Fuchs, 2009).

Nello specifico contesto cui si riferisce la nostra ricerca, in linea con quanto sopra affermato, non esiste uno strumento univocamente utilizzato dalle strutture private ai fini dell'accreditamento, nonostante la soddisfazione dell'utente rappresenti una delle dimensioni da indagare in via obbligatoria. La Regione non propone ai soggetti che richiedono l'accreditamento uno standard da rispettare e sta quindi alla libera iniziativa dei manager individuare quello più idoneo ai propri scopi. Ciò ha determinato il fiorire di strumenti diversi, non direttamente comparabili, con la conseguenza che non è possibile effettuare un benchmarking tra le diverse strutture.

L'applicazione dello strumento da noi scelto al contesto dell'analisi vuole quindi anche essere, per le strutture sanitarie private accreditate o che aspirano a diventarlo, un invito ad utilizzare uno strumento standard che possa permettere un confronto - trasversale tra strutture diverse e temporale per la stessa struttura - inerente ai risultati della valutazione di patient satisfaction, in ciò rispondente a quanto previsto ai sensi della normativa regionale sull'accreditamento istituzionale, peraltro simile e riproponibile da analoga normativa pressoché in tutte le regioni italiane.

### **3. La relazione tra qualità del servizio e soddisfazione del paziente**

In sanità, la soddisfazione del paziente è stata definita come la reazione a diversi aspetti della loro esperienza con il servizio, ovvero un giudizio che le persone formano nel tempo e che riflette vissuto (Schoenfelder, Klewer e Kugler, 2011), emozioni e percezioni rispetto al servizio ricevuto (Mohan e Kanagaluru, 2011).

La misura della soddisfazione del paziente è stata ritenuta, in sanità, molto importante (Lin e Kelly, 1995) perché parte integrante dei risultati di qualità della cura, unitamente ai risultati clinici, le risorse economiche impiegate e la qualità di vita (Heidegger et al., 2006). È stato dimostrato infatti che la soddisfazione degli utenti dà risultati positivi sotto diversi aspetti. In primo luogo, pazienti soddisfatti sembrano essere più collaborativi rispetto alle prescrizioni mediche; inoltre, la valutazione dell'utente sul servizio ricevuto è stata considerata utile al fine del miglioramento dello stesso, in quanto testimonianza diretta e incentivo alla struttura sanitaria ad erogare maggiore qualità (Crow et al., 2002).

In ragione dei suddetti risultati positivi, in ambito sanitario sempre più imprese sono orientate ad individuare le determinanti della soddisfazione.

Sulle determinanti della soddisfazione dei pazienti sono individuabili differenti approcci, la maggior parte dei quali riconducibile a due direttrici: la prima basata

sulle caratteristiche degli utenti, la seconda relativa alle caratteristiche del servizio erogato.

La *prima direttrice* studia come le aspettative degli individui, il loro stato di salute e le caratteristiche socio-economiche e demografiche degli stessi impattino sulla soddisfazione percepita (Crow et al., 2002). Questo filone di studi sostiene che le aspettative realizzate siano le maggiori determinanti della soddisfazione in ambito sanitario. Tale approccio è basato sul paradigma della "disconferma delle aspettative", in base al quale la soddisfazione si genera quando la percezione della qualità supera le aspettative del soggetto (Thompson e Sunol, 1995). Sempre a questo ambito appartengono gli studi che analizzano gli elementi di mediazione tra soddisfazione e antecedenti. In particolare essi sostengono che la soddisfazione è mediata da aspettative e valori personali relativi alla cura (Linder-Pelz, 1982) e che le aspettative sono mediate dalle preferenze (Ware et al., 1983).

Riguardo alle caratteristiche socio-economiche e demografiche, sono state ad esempio evidenziate come elementi degni di valutazione sia le determinanti psicosociali (Sitzia e Wood, 1997) che quelle sociodemografiche (Murante et al., 2014).

Infine, riguardo allo stato di salute, è stato dimostrato che condizioni di disabilità (Patrick et al., 1983) o problemi di salute (Sixma et al., 1998) o psicologici (Fleming, 1981) sono associati a livelli più bassi di soddisfazione.

Riguardo al *secondo approccio*, si sostiene che la soddisfazione dell'utente sia verificata rispetto ad una valutazione del cliente sugli attributi del servizio. Sebbene essi siano dipendenti dagli specifici contesti di indagine, la maggior parte delle ricerche considera tre principali gruppi di attributi: quelli che fanno riferimento alle caratteristiche dell'erogatore, quelli che riguardano la relazione tra paziente e erogatore e quelli relativi alla struttura (Crow et al., 2002). A loro volta, possiamo sintetizzare quanto sopra in due tipi di attributi: quelli mediati dal fattore umano e quelli riferibili agli aspetti tangibili del servizio.

Tra le componenti della qualità riferibili agli aspetti tangibili, possono essere incluse la qualità dei pasti e l'appropriatezza, anch'esse risultate determinanti della soddisfazione dei pazienti (Otani et al., 2009; Bikker e Thompson, 2006). In particolare, tra le varie componenti della soddisfazione esplorate in ambito ospedaliero sono emerse come significative le caratteristiche dell'ambiente in cui il servizio è stato erogato (Hardy, West e Hill, 1996; Pilpel, 1996). Per ciò che attiene agli ospedali che forniscono servizi di tipo riabilitativo, il peso di tali componenti della qualità è poco indagato in modo specifico, sebbene alcuni autori riportino che l'ambiente fisico possa essere un mediatore importante degli outcome di salute, influenzando positivamente o negativamente l'esperienza vissuta dai pazienti nella struttura (Gill et al., 2014).

Date tali premesse proponiamo le seguenti ipotesi.

*Hp 1: Gli elementi tangibili del servizio hanno, nel complesso, un ruolo significativo nello spiegare la soddisfazione complessiva del paziente.*

*Hp 2: Gli elementi tangibili del servizio legati all'appropriatezza, influenzano la soddisfazione complessiva del paziente.*

*Hp 3: Gli elementi tangibili del servizio legati alla qualità dei pasti, influenzano la soddisfazione complessiva del paziente.*

Oltre alle componenti suddette, quelle mediate dal fattore umano sono considerate di primaria importanza per i pazienti. Tra queste possono essere annoverate: la comunicazione tra erogatore e paziente; gli aspetti legati ai risultati della cura (Jackson, Chamberline e Kroenked, 2001); le esperienze passate (Jenkinson et al., 2002); le competenze interpersonali dei sanitari in termini di comportamento, cura e interesse nei confronti dei pazienti e, infine, la capacità dei professionisti sanitari di dare informazioni comprensibili sulla malattia e le condizioni del paziente (Cheng, Yang e Chiang, 2003). In ricerche precedenti è stato infatti descritto che i pazienti esprimono soddisfazione in relazione alla loro osservazione dei comportamenti affettivi dei professionisti della salute e alle loro competenze in comunicazione (Fitzpatrick, 1984). Tra i comportamenti affettivi associati alla soddisfazione sono stati in particolare analizzati quelli relativi al rispetto e calore umano (Kenny, 1995) cordialità (Bertakis, Roter e Putnam, 1991), fiducia (De La Cuesta, 1997), supporto (Greene et al., 1994), sensibilità (Holloway et al., 1989) e comprensione (Treadway, 1983). Tra tutte, quelle maggiormente citate dai soggetti ospedalizzati sono quelle relative alla cura e attenzione alla persona e alla comunicazione interpersonale (Walker, Restuccia, 1984; Cleary et al., 1991; Bruster et al., 1994; Woodside, Frey e Daly, 1989). Nello specifico in ambito riabilitativo gli aspetti che descrivono la modalità di erogazione dei servizi, tra cui il coinvolgimento dei pazienti nel processo di cura, il tipo di relazione che si sviluppa con il personale sanitario (Schwab, Smith e DiNitto, 1993; Gill et al., 2014), la comunicazione e la gestione del tempo all'interno del centro (Gill et al., 2014; Keith, 1998), sono fortemente correlati con il grado di soddisfazione dei pazienti stessi.

Da ciò formuliamo le seguenti ipotesi:

*Hp 4: Gli elementi del servizio mediati dal fattore umano hanno, nel complesso, un ruolo significativo nello spiegare la soddisfazione complessiva del paziente.*

*Hp5: Gli elementi del servizio mediati dal fattore umano, riferibili al rispetto e cura, influenzano la soddisfazione complessiva dei pazienti.*

*Hp6: Gli elementi del servizio mediati dal fattore umano, riferibili all'informazione, influenzano la soddisfazione complessiva dei pazienti.*

Alcuni autori hanno verificano che le variabili mediate dal fattore umano, ed in particolare quelle legate alle competenze interpersonali dello staff (Crow et al., 2002) in termini di comportamento e cura nei confronti dei pazienti (Cleary e McNeil, 1988), sono in grado di influenzare la soddisfazione in maniera più

rilevante di altre variabili (Choi et al., 2005) tanto da essere considerate di primaria importanza per la soddisfazione dei pazienti (Avis, Bond e Arthur, 1997; De La Cuesta, 1997; Bishop et al., 1991). Come precedentemente affermato, si ribadisce che la soddisfazione sia il principale risultato della componente interpersonale del processo di cura (Donabedian, 1980).

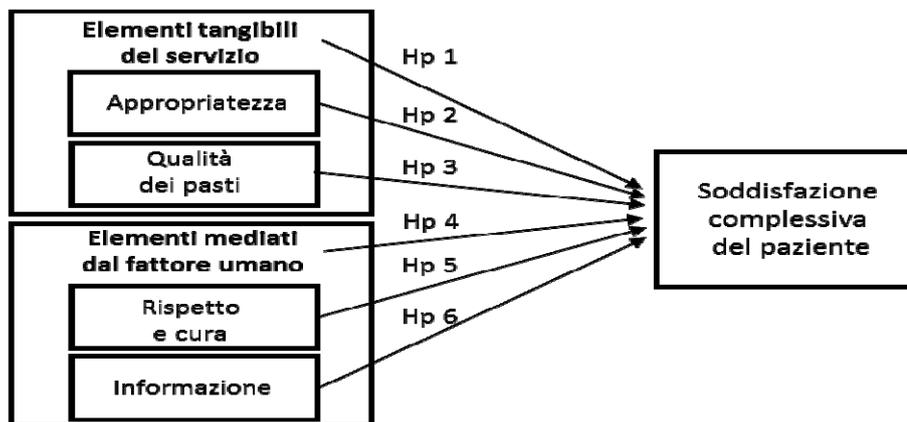
Altre esperienze hanno descritto come le competenze interpersonali dello staff in termini di rispetto e cura siano risultate maggiormente determinanti, ai fini della soddisfazione del paziente, rispetto agli elementi tangibili del servizio (Otani et al., 2009; Cheng, Yang e Chiang, 2003). Gli aspetti legati alla cura interpersonale e all'informazione rappresentano l'aspetto maggiormente determinante della soddisfazione nella "general practice" (Bikker, Thompson, 2006). In sintesi, la soddisfazione dei pazienti nei confronti del personale sanitario predice la soddisfazione complessiva meglio di elementi tangibili, quali il cibo (Cleary et al., 1989) e gli attributi strutturali (Pilpel, 1996)

A tal riguardo proponiamo la seguente ultima ipotesi:

*Hp7: In questo contesto gli elementi del servizio mediati dal fattore umano (Rispetto e cura e Informazione) hanno un peso più rilevante nel determinare la qualità del servizio percepita dai pazienti rispetto alle altre determinanti (Appropriatezza e Qualità dei pasti).*

Sulla base dei risultati emersi in letteratura proponiamo il nostro modello teorico (Figura 1).

**Figura 1 - Le determinanti della qualità del servizio sanitario percepito dall'utente**



**Fonte: nostra elaborazione**

## **4. Metodologia**

### **4.1 Il campione**

Le informazioni utili alla presente ricerca sono state raccolte presso un ospedale privato accreditato con il Servizio Sanitario Regionale toscano. La struttura svolge, in regime di accreditamento, un'attività prevalentemente riabilitativa su soggetti inviati dall'intera rete ospedaliera toscana e dell'Area Vasta Centro (che raggruppa le AASSLL di Firenze, Prato, Pistoia e Empoli) in particolare.

In quest'ottica la struttura è tenuta a rispettare una serie di requisiti di accreditamento (Legge Regionale 51/2009 e suo Regolamento attuativo, n. 61/2010) tra i quali la qualità percepita dall'utenza. Il numero di posti letto della struttura è di 175; tra questi, 95 sono dedicati al settore ospedaliero, area che è stata da noi indagata attraverso un questionario. Nello specifico, dei 95 posti letto del settore ospedaliero ne sono stati esclusi dall'analisi 25 perchè appartenenti all'area di riabilitazione intensiva di alta specialità. Il questionario è stato quindi proposto a 70 degenti residenti nella struttura nel periodo 14 - 31 luglio 2014. La somministrazione è stata effettuata durante il periodo di degenza, in linea con altri studi precedenti (Leiter et al., 1998; Miller Baden, 1988). Sebbene questo approccio possa essere influenzato dallo stato emotivo del paziente durante il ricovero, esso permette di superare i limiti delle rilevazioni che non vengono effettuate direttamente in loco, come ad esempio problemi di memoria o eventi che intervengono dopo la dimissione (Urden, 2002; Flotter, Ford e Bach, 1997). I questionari raccolti sono stati 60 in quanto 2 riguardavano utenti che non hanno fornito il consenso a partecipare all'indagine e 8 erano relativi a pazienti non collaboranti per gravità della patologia. La compliance è stata quindi dell'86%. Gli utenti intervistati erano ricoverati da almeno tre giorni. La rilevazione è stata effettuata da due Medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva. I dati anagrafici e quelli relativi alla diagnosi principale di ricovero sono stati raccolti con la collaborazione dei Coordinatori infermieristici di Area, consultando le cartelle cliniche e il software di gestione degli accessi in struttura. Il campione raccolto è, pertanto, di convenienza, sebbene i servizi offerti e la collocazione all'interno delle rete ospedaliera toscana rendano la struttura in esame un buon caso di studio delle strutture riabilitative toscane private accreditate. Tra i criteri di scelta, menzioniamo anche la disponibilità dimostrata da parte della direzione sanitaria all'indagine e il fatto che già venisse utilizzato lo strumento di indagine da noi ritenuto idoneo per rispondere agli obiettivi del presente lavoro.

## **4.2 Il questionario**

La qualità del servizio è stata misurata usando alcune scale contenute nel modello di Sower et al., (2001) KQCAH (Key Quality Characteristics Assessment for Hospitals). Si tratta di un questionario che si basa sulle dimensioni di qualità identificate per gli ospedali dalla "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" (JCAHO), unanimemente considerato uno dei più autorevoli enti di normazione in materia di accreditamento. Gli autori (Sower et al., 2001) sostengono che tale questionario prenda a riferimento modelli già presenti in letteratura, tra i quali il SERVQUAL e il modello di Coddington e Moore (1987), ma sia integrato da elementi specifici riferiti al contesto sanitario ospedaliero. La creazione di tale strumento è giustificata dal fatto che, secondo il parere degli autori, non esista in letteratura un questionario affidabile grazie al quale misurare le dimensioni della qualità percepita dei servizi di un ospedale. Il KQCAH è stato ritenuto uno strumento valido e affidabile anche a fini di supporto nel processo decisionale da parte del management ospedaliero (Handayani et al., 2015).

La scelta del KQCAH nella presente ricerca nasce dalla sua adattabilità a rispondere agli obiettivi dichiarati, nonostante sia stato pensato in un contesto geografico e culturale diverso da quello considerato. Lo strumento individua 8 fattori relativi alla qualità del servizio percepita dal paziente. Ai fini del presente lavoro, dopo aver scartato quelli che non erano adatti al contesto in cui è stata svolta l'indagine, ne sono stati scelti quattro: rispetto e cura, appropriatezza, informazione, qualità dei pasti.

Le quattro scale selezionate dallo strumento, pubblicate originariamente in lingua inglese, sono state sottoposte a processo di traduzione e retrotraduzione da parte di due madrelingua italiani e di due madrelingua inglesi. Ciascun madrelingua ha lavorato indipendentemente dagli altri, producendo la propria traduzione "in cieco". Le quattro versioni ottenute (due in lingua italiana e due in lingua inglese) sono state sottoposte a processo di revisione da parte del gruppo di ricerca, fino alla condivisione della versione finale in lingua italiana che è stata utilizzata per lo studio.

La dimensione "rispetto e cura" è stata misurata attraverso 26 item e fa riferimento alla qualità dell'interazione con il personale della struttura. Un esempio di item è il seguente: "Complessivamente, il personale ha risposto alle mie necessità". La dimensione "informazione" è stata esplorata mediante 6 item, dopo aver eliminato la variabile relativa alla percezione della qualità dei consulenti finanziari non misurabile nel nostro contesto. Questa seconda dimensione riguarda la qualità della comunicazione da parte dello staff nei confronti dei pazienti. Un esempio di item è il seguente: "il personale di assistenza e i dottori mi hanno dato le informazioni di cui avevo bisogno". Il personale rispetto a cui sono state indagate le componenti di natura relazionale è riferito all'intero staff della struttura, composto prevalentemente da fisioterapisti, infermieri, medici e operatori socio sanitari. Il fattore "appropriatezza" è stato misurato da 15 item ed è relativo alla qualità delle caratteristiche fisiche della

struttura in termini di servizi accessori. Un esempio di item è il seguente: “la struttura era molto pulita”. Il fattore “pasti” è stato analizzato con 5 item ed è riferito alla qualità della mensa. Un esempio di item è il seguente: “i pasti sono stati serviti alla temperatura appropriata”.

Queste dimensioni rappresentano le variabili indipendenti del modello. Tutte le risposte agli item sopra descritti sono state misurate attraverso una scala Likert a 5 punti, con 1 corrispondente a “fortemente in disaccordo” e 5 corrispondente a “fortemente in accordo”.

La variabile dipendente è rappresentata dalla soddisfazione dell'utente per la qualità della cura percepita. Questa variabile è stata misurata attraverso un unico item: “in generale, come descriverebbe la qualità della cura/assistenza ricevuta” (Sochalski, 2004). La risposta a questa domanda è stata misurata attraverso una scala Likert a 5 punti, con 1 corrispondente a “totalmente inadeguato” e 5 corrispondente a “eccellente”. In letteratura esistono diversi studi a sostegno della maggiore affidabilità e validità delle scale formate da più item (Steenkamp e van Trijp, 1991; DeVellis, 2003). Negli anni recenti, comunque, alcuni autori hanno sostenuto che se l'attributo del costrutto (come ad esempio una percezione) può essere considerato concreto, non c'è bisogno di usare una scala a più item (Rossiter, 2002, p.313). A sostegno di questa tesi sono stati riportati risultati empirici che dimostrano che l'utilizzo di singoli item ha lo stesso livello di validità predittiva degli item multi-scala (Bergkvist e Rossiter, 2007, 2009; Rogelberg e Stanton, 2007). Nel contesto analizzato nel nostro lavoro la possibilità di misurare la soddisfazione dei pazienti con un singolo item è già stata dimostrata essere affidabile (Cheng, Yang e Chiang, 2003; Jenkinson et al., 2002).

## **5. Analisi e risultati**

L'analisi dei dati è stata effettuata con SPSS 22 e Stata IC 11. Le statistiche descrittive sono riportate in Tabella 1. I pazienti sono in maggioranza donne (53,3%), l'età prevalente è quella compresa tra 74 e 84 anni (43,3%), il titolo di studio della maggioranza dei soggetti è la licenza elementare (53,4%). La tipologia di riabilitazione più frequente tra i pazienti del campione è quella cardiologica (38,3%).

**Tabella 1 - Descrittive delle variabili socio-demografiche del campione**

		N.	%
<i>Genere</i>	Donne	32	53,3%
	Uomini	28	46,7%
<i>Età</i>	≤64	7	11,7%
	64<x≤74	15	25%
	74<x≤84	26	43,3%
	>84	12	20%
<i>Titolo di studio</i>	Elementare	32	53,4%
	Medie inferiori	14	23,3%
	Medie superiori	8	13,3%
	Laurea	3	5%
	Altro	3	5%
<i>Tipologia di riabilitazione</i>	Riabilitazione Cardiologica	23	38,3%
	Riabilitazione Neurologica	13	25%
	Riabilitazione Ortopedica	15	21,7%
	Riabilitazione Respiratoria	9	15%

**Fonte: nostra elaborazione**

L'elaborazione dei dati ha seguito un percorso suddiviso in diversi step.

In una prima fase si è proceduto a calcolare la media aritmetica di ogni gruppo di risposte riferite ad una stessa variabile. Tutte le variabili indipendenti, come illustrato nel paragrafo precedente, sono state infatti misurate con scale composte da più item. Nel secondo step, al fine di verificare l'affidabilità delle quattro dimensioni della qualità del servizio, è stato calcolato l'Alpha di Cronbach. Tutte le dimensioni dimostrano una coerenza interna (Tabella 2).

**Tabella 2 -  $\alpha$  di Cronbach per le quattro dimensioni della qualità del servizio**

	<i><math>\alpha</math> di Cronbach</i>	<i>N. items</i>
1. Rispetto e cura	0,973	26
2. Appropriatezza	0,925	15
3. Informazione	0,819	6
4. Qualità dei pasti	0,857	5

**Fonte: nostra elaborazione**

Nella terza fase, infine, è stata effettuata un'analisi di correlazione al fine di esaminare l'associazione tra le dimensioni della qualità percepita del servizio (rispetto e cura, appropriatezza, informazione, qualità dei pasti) e la soddisfazione complessiva dei pazienti. I risultati indicano che tutte le quattro dimensioni della qualità del servizio sono positivamente correlate con la soddisfazione degli utenti (Tabella 3).

**Tabella 3 - Medie, deviazioni standard e correlazioni delle variabili indipendenti**

	<i>Media</i>	<i>Dev std</i>	1	2	3	4	5
1. Soddisfazione complessiva	4,67	0,542	1				
2. Rispetto e cura	4,79	0,351	.578**	1			
3. Appropriatezza	4,85	0,308	.510**	.624**	1		
4. Informazione	4,83	0,366	.585**	.434**	.416**	1	
5. Qualità dei pasti	4,68	0,486	.383**	.639**	.599**	0.23	1

\*\*  $p < 0.01$  (due code)

**Fonte: nostra elaborazione**

Considerando la correlazione positiva tra le quattro dimensioni della qualità del servizio e la soddisfazione complessiva, per meglio definire la relazione sono state effettuate regressioni logistiche ordinali, considerando come variabile dipendente la soddisfazione complessiva percepita dall'utente e come variabili indipendenti le quattro componenti della qualità del servizio, in linea con quanto descritto da altri autori. Le variabili indipendenti sono state introdotte in step successivi.

È stato inoltre calcolato il *variance inflation factor* (VIF) al fine di verificare la multicollinearità del modello. Il valore massimo del VIF è di 8,09, valore inferiore al limite massimo indicato di 10 (Hair et al., 2006). Al fine di confermare questa assunzione è stata calcolata anche la tolleranza. Non vi sono valori particolarmente bassi di tolleranza ( $<0.1$ ) (Barbanelli, 2006).

Nel primo step della regressione sono state introdotte le variabili di controllo "Genere", "Età", "Istruzione", "Tipologia di riabilitazione". L'introduzione di variabili socio-demografiche nella regressione è giustificata dal fatto che studi precedenti dimostrano che tali variabili sono determinanti della soddisfazione complessiva dei pazienti (Murante et al., 2014, Bikker e Thompson, 2006), anche nelle strutture di riabilitazione (Franchignoni et al., 2002; Schwab, Smith e DiNitto, 1993; Péfoyo e Wodchis, 2013; Keith, 1998). I risultati del primo step, mostrano una varianza, misurata attraverso l'indice  $R^2$  corretto, del 22.7%.

Tra le variabili demografiche sono risultate significativamente associate con la variabile dipendente l'età compresa tra 74 e 84 anni ( $\beta = 3.460$ ;  $p < 0.01$ ) e la tipologia di riabilitazione ( $\beta = 16.289$ ;  $p < 0.001$ ). In particolare, l'età abbastanza elevata e la riabilitazione respiratoria hanno una positiva e significativa influenza sui livelli di soddisfazione dell'utente.

Nel secondo step della regressione sono state inserite le variabili relative agli elementi tangibili del servizio, ovvero "appropriatezza" e "qualità dei pasti". Con l'introduzione di queste due variabili la varianza aumenta in modo consistente, +13%, ( $p < 0.001$ ) raggiungendo il 35.7%. Tali risultati supportano l'ipotesi 1, secondo la quale gli elementi tangibili del servizio influenzano significativamente, nel complesso, la soddisfazione dell'utente.

Nell'ultimo step della regressione è stata inserita la dimensione relativa agli elementi del servizio mediati dal fattore umano, ovvero "rispetto e cura" e "informazione"; il valore della varianza incrementa del 14,3% raggiungendo il 50%. Questi ultimi risultati dimostrano che la dimensione relativa al personale influenza positivamente e significativamente, nel complesso, la soddisfazione dell'utente. L'ipotesi 4 è di conseguenza supportata.

Riguardo al ruolo giocato dai singoli fattori nello spiegare la soddisfazione complessiva dell'utente, si evidenzia che - delle dimensioni che indicano gli elementi tangibili del servizio - solo l'appropriatezza ha un impatto positivo e significativo sulla soddisfazione complessiva dell'utente ( $\beta = 3.001$ ;  $p < 0.05$ ), confermando dunque quanto espresso nell'ipotesi 2. Poiché la variabile "qualità dei pasti" non ha un ruolo significativo nello spiegare la soddisfazione complessiva dell'utente ( $p > 0.05$ ) l'ipotesi 3 non è supportata.

Nel terzo step, quando vengono introdotte le variabili mediate dal fattore umano, solo la variabile "rispetto e cura" è risultata significativa ( $\beta = 9.737$ ;  $p < 0.01$ ), supportando l'ipotesi 5. La variabile "informazione" non è invece risultata significativa ( $p > 0.01$ ) e dunque l'ipotesi 6 non è supportata.

Occorre inoltre notare che al terzo step, con l'introduzione delle variabili legate al personale, la variabile "appropriatezza" perde di significatività, mentre la variabile "rispetto e cura" contribuisce in modo significativo ( $p < 0.01$ ) e determinante nello spiegare il modello. Il ruolo del personale, ed in particolare la dimensione rispetto e cura, ha un peso più rilevante nel determinare la qualità del

servizio percepita dai pazienti rispetto alle altre determinanti, dunque l'ipotesi 7 è supportata (Tabella 4).

**Tabella 4 - Risultati delle analisi di regressione logistica ordinale**

	<i>Predittori</i>	<i>Step 1</i>	<i>Step 2</i>	<i>Step 3</i>	
Step 1	Genere	-1.262 (0.647)	-1.025 (0.695)	-1.985** (0.680)	
	Età (64<x≤74)	1.159 (0.820)	-0.132 (1.058)	-1.556 (1.513)	
	Età (74<x≤84)	3.460** (1.120)	2.056 (1.225)	0.168 (2.124)	
	Età (>84)	2.570 (1.628)	1.558 (1.689)	-0.836 (2.789)	
	Istruzione (Medie inferiori)	1.760 (1.040)	2.018 (1.384)	1.068 (1.695)	
	Istruzione (Medie superiori)	1.383 (0.885)	1.345 (0.930)	1.170 (1.132)	
	Istruzione (Laurea)	0.573 (0.999)	0.128 (0.895)	-2.597 (2.939)	
	Istruzione (Altro)	0.850 (1.812)	0.263 (1.865)	0.144 (2.429)	
	Riabilitazione (Ortopedica)	0.296 (1.092)	-1.073 (1.224)	-1.075 (2.003)	
	Riabilitazione (Neurologica)	-0.177 (0.894)	-1.167 (1.097)	-1.672 (1.579)	
	Riabilitazione (Respiratoria)	16.289*** (0.794)	15.692*** (0.997)	16.512*** (1.281)	
	Step 2	Appropriatezza		3.001* (1.308)	-7.063 (4.462)
		Qualità dei pasti		0.567 (0.767)	0.344 (1.727)
	Step 3	Rispetto e cura			9.737** (2.978)
Informazione				2.374 (2.556)	
	<i>R2 corretto</i>	.227***	.357***	.500***	
	<i>Variatione di R2</i>	.077	.181	.156	
	<i>Log Pseudo likelihood</i>	-31.63	-26.08	-20.26	
	<i>Numero di osservazioni</i>	57	56	56	

Nota: Errori standard in parentesi; \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

**Fonte: nostra elaborazione**

## 6. Discussioni

Lo scopo di questo studio era verificare la relazione fra qualità percepita del servizio e soddisfazione complessiva del paziente e, in tale ambito, identificare le dimensioni del servizio che esercitano un peso maggiore. I nostri risultati confermano studi precedenti che dimostrano che gli elementi legati alla qualità del personale sono le principali determinanti della soddisfazione del paziente (Choi et al., 2005). L'importanza del fattore umano come elemento fondamentale per la soddisfazione dell'utente è particolarmente rilevante in quei contesti di servizio caratterizzati da utenti deboli per condizioni di patologia unitamente al fatto che la presa in carico del bisogno necessari, inevitabilmente, della delega a professionisti sanitari esperti.

Dai risultati emersi, il peso degli aspetti relativi alla relazione personale/paziente è tale da annullare il contributo degli elementi tangibili nel determinare la qualità percepita.

Le quattro variabili da noi indagate spiegano il 50% della varianza nei livelli di soddisfazione dei pazienti. Più specificamente, due delle quattro dimensioni indagate sono risultate determinanti significative della soddisfazione: il rispetto e cura e l'appropriatezza. In particolare, con riferimento alla prima, sono tenuti particolarmente in considerazione dai pazienti elementi quali la capacità di ascolto del personale, il tipo di relazione che viene instaurata tra paziente e personale sanitario e la pazienza del personale nei confronti delle necessità dei pazienti.

Questo studio conferma che i fattori indagati da Sower et al. (2001), sono importanti non solo per verificare la qualità percepita del servizio offerto, ma anche per individuare quegli elementi che esercitano un peso considerevole nel determinare la soddisfazione complessiva dell'utente.

In termini di ricadute pratiche per l'operatività dei diversi professionisti e del management sanitario, non era scontato che un contesto diverso rispetto a quelli descritti e analizzati in letteratura internazionale, con regole di accreditamento che non sono le stesse dei sistemi di managed competition e in cui la potestà e la committenza è ancora fortemente in possesso del servizio sanitario regionale, addivenisse a risultati comparabili a quanto emerso in altre nazioni e contesti geograficamente e culturalmente lontani.

Inoltre, il fatto di analizzare le dimensioni della qualità percepita e della soddisfazione degli utenti in una struttura privata anziché pubblica conferisce alla ricerca elementi non frequenti rispetto alla bibliografia italiana consultata.

## 7. Conclusioni

I risultati derivanti dall'applicazione dello strumento da noi utilizzato meritano una riflessione attenta per le implicazioni desumibili: se da una parte, infatti, il

contesto sanitario analizzato presenta proprie specificità e peculiarità che impediscono una generalizzabilità ad altri contesti, dall'altra offrono indicazioni utili in generale a tutte le strutture sanitarie per la verifica della qualità percepita del servizio erogato, onde modificare e correggere, se necessario, gli elementi che più incidono sulla soddisfazione degli utenti. D'altro canto, proprio la specificità del setting in studio (ospedale che fornisce servizi di tipo riabilitativo) costituisce un punto di forza dell'analisi: le indagini volte ad analizzare le determinanti della soddisfazione dei soggetti in questo ambito di cura sono poche e la peculiarità dei pazienti, del team multidisciplinare e del tipo di trattamento offerto rende difficile mutuare evidenze in tal senso emerse studiando contesti diversi (Keith, 1998; Cornwell e Goodrich, 2011).

La recente consapevolezza, documentata dalle ricerche già citate (Coulter, Fitzpatrick e Cornwell, 2009), ovvero che i pazienti possano fornire giudizi affidabili sulle proprie esperienze e sui percorsi di cura ricevuti, suggerisce che, attraverso analisi siffatte, sia possibile ricavare informazioni utili al miglioramento complessivo del servizio e dell'insieme delle prestazioni erogate.

La direzione da intraprendere è quella di sviluppare, all'interno di percorsi di health literacy, competenze di empowerment "maturo" nei cittadini del nuovo millennio: cittadini che, sempre più spesso, dovranno essere chiamati a condividere con i sanitari scelte, luoghi e processi di cura ed essere protagonisti della propria salute e delle decisioni assunte qualora vi siano patologie che la minino. L'approdo finale dovrebbe essere indirizzato ad un "utente" sanitario sempre più consapevole e alfabetizzato, in grado di capire e interfacciarsi con i professionisti di salute e in grado di prendere decisioni autonome sia in riferimento alle prestazioni da ricevere, sia ai luoghi di cura in cui riceverle.

Lo strumento utilizzato può e deve essere esteso, per trovare conferme o smentite sulla sua validità, ad altri contesti e a casistiche più ampie onde permettere confronti tra strutture o, all'interno della stessa struttura, tra unità organizzative diverse.

Inoltre, la soddisfazione della qualità percepita dall'utente è una dimensione di un solo stakeholder, mentre è opportuno e appropriato indagare anche le dimensioni della qualità direttamente ricavabili dagli operatori sanitari impegnati nei servizi di line assistenziale, nonché da quelle dimensioni che il management ritiene importanti *in re ipsa*.

Resta comunque fondamentale partire dai pazienti perché l'obiettivo finale di qualunque processo di cura e la mission di qualsiasi struttura sanitaria è fare e produrre salute per i propri utenti. Migliori informazioni su quali fattori determinano la soddisfazione dei pazienti possono contribuire ad aiutare gli erogatori di prestazioni e servizi a migliorare la qualità della cura fornita all'utente. Nel caso preso in esame, emerge che i livelli di soddisfazione sia rispetto ai singoli servizi, sia rispetto alla qualità complessiva siano elevati soprattutto per quanto riguarda alcune componenti del servizio relative al personale e all'appropriatezza della struttura, ovvero proprio alcuni elementi della qualità che emergono come maggiormente impattanti. Alla luce di questi primi risultati, quindi, la struttura analizzata sembra muoversi nella direzione giusta per quanto concerne la promozione e l'assicurazione della qualità.

Considerata l'importanza che servizi diversi assumono nella soddisfazione percepita dei diversi pazienti, possiamo individuare alcune possibili direttrici di sviluppo futuro di questo lavoro. Una nuova traiettoria di ricerca potrebbe essere volta ad indagare come i feedback sugli utenti possano essere inclusi nelle decisioni in ambito di management sanitario. Un ulteriore campo di indagine potrebbe valutare come diversi tipi di malattie e risultati di salute influenzino le valutazioni date dagli utenti. Infine, poiché in base a questa indagine il comportamento del personale sanitario è risultato determinante nello spiegare la soddisfazione del paziente, un ulteriore campo di ricerca potrebbe essere volto alla valutazione degli effetti dei diversi incentivi (per esempio economici) sul comportamento del personale sanitario e come questi abbiano effetto sulla soddisfazione dei pazienti.

Data la modesta dimensione campionaria e le peculiarità della struttura e del campione partecipante, il limite principale della ricerca è proprio rappresentato, come sopra ricordato, dalla non generalizzabilità dei risultati. Comunque, coscienti del numero limitato di osservazioni e dati raccolti, ci siamo maggiormente orientati a spiegare la relazione tra variabili piuttosto che a ricercare una inferenza allargata dei risultati ottenuti.

Un ulteriore limite è rappresentato dalla scelta delle variabili d'indagine: ci siamo collocati nel filone di studi che indaga le determinanti della soddisfazione non legate alla componente tecnico-operativa del servizio (hard outcomes) perché questa è difficilmente valutabile nel contesto analizzato e nella casistica selezionata, che prevede soggetti trattati e stabilizzati in altre strutture di ricovero e cura.

Infine, la scelta di somministrare in loco il questionario, scelta adottata in coerenza con le motivazioni precedentemente addotte, può aver influenzato la tipologia di risposta fornita dagli utenti. Castle et al. (2005), in una review condotta sugli strumenti utilizzati per raccogliere le informazioni sulla qualità percepita da parte dei pazienti, evidenziano come la modalità di somministrazione usata anche nella nostra indagine sia comunque tra le più frequentemente utilizzate, sebbene persistano discussioni aperte in merito all'attendibilità del dato raccolto: la "social desirability", così come l'assenza di tempo per maturare l'esperienza vissuta possono aver portato i pazienti a rispondere in modo differente rispetto a quanto avremmo osservato utilizzando modalità differenti e ritardate nel tempo (i.e. invio postale del questionario). D'altro canto, come già ricordato in precedenza, una somministrazione in tempi successivi alla dimissione può essere affetta da errori legati al ricordo.

Il modello presentato può comunque costituire un punto di partenza per ulteriori ricerche future, a partire da uno strumento consolidato e sperimentato che può essere adottato in studi analoghi per circostanze (casistica, luogo di cura, prestazioni e servizi) diverse, ma che possono comunque essere "lette" alla luce della qualità effettivamente garantita.

## Bibliografia

- Associazione Italiana Ospedalità Privata (2015), *Ospedali & Salute. Dodicesimo rapporto annuale 2014*, Franco Angeli, Milano.
- Aghamolaei T., Eftekhaari T.E., Rafati S., Kahnouji K., Ahangari S., Shahrzad M.E., Kahnouji A., Hoseini S. H. (2014), "Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective", *BMC Health Services Research*, vol. 14, pp. 322-326.
- Anderson E.A. (1995), "Measuring service quality at a university health clinic", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 8, n. 2, pp. 32-37.
- Avgar A.C., Givan R.K., Liu M. (2011), "Patient-centered but employee delivered: Patient care innovation, turnover intentions, and organizational outcomes in hospitals", *Industrial & Labor Relations Review*, vol. 64, n. 3, pp. 423-440.
- Avis M., Bond M., Arthur A. (1997), "Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics", *Social Science and Medicine*, vol. 44, n.85, pp. 92-116.
- Babakus E., Mangold W.G. (1992), "Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation", *Health Services Research*, vol. 26, n. 6, pp. 767-786.
- Barbanelli C. (2006), *Analisi dei dati con Spss. Le analisi multivariate*, Led Edizioni Universitarie, Milano.
- Bergkvist L., Rossiter J.R. (2007), "The predictive validity of multiple-item versus single-item measures of the same constructs", *Journal of marketing research*, vol.44, n. 2, pp. 175-184.
- Bergkvist L., Rossiter J.R. (2009), "Tailor-made single-item measures of doubly concrete constructs", *International Journal of Advertising*, vol. 28, n. 4, pp. 607-621.
- Bertakis K., Roter D., Putnam S. (1991), "The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction", *Journal of Family Practice*, vol. 32, n. 2, pp. 175-81.
- Bikker A.P., Thompson, A. G. (2006). Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation. *Social science & medicine*, vol.63, n. 6, 1671-1683.
- Bishop F., Matthews F.J., Probert C.S.J., Billet J., Battcock T., Frisby S.O. (1991), "Patients' views on how to run hospital outpatient clinics", *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol.84, n. 9, pp. 522-523.
- Bruster S., Jarman B., Bosanquet N., Weston D., Erens R., Delblanco T. (1994), "National survey of hospital patients", *British Medical Journal*, vol. 309, n. 6968, pp. 1542-546.
- Castle N.G., Brown J., Hepner K.A., Hays R.D. (2005). "Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patients' perceptions of care", *Health Services Research*, vol. 40, n. 6 Pt 2, pp. 1996-2017.
- Cheng S.H., Yang M.C., Chiang T.L. (2003), "Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 15, n. 4, pp. 345-355.

- Choi K.S., Lee H., Kim C., Lee S., (2005), "The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service", *Journal of Services Marketing*, vol. 19, n. 3, pp. 140-149.
- Cleary P.D. (1999), "The increasing importance of patient surveys: Now that sound methods exist, patient surveys can facilitate improvement", *BMJ: British Medical Journal*, vol. 319, n. 7212, pp. 720.
- Cleary P., Edgman-Levitan S., Roberts M., Moloney T.W., McMullen W., Walker J.D., (1991), "Patients evaluate their hospital care: a national survey", *Health Affairs*, vol.10, n. 4, pp. 254-267.
- Cleary P., Keroy L., Karapanos G., McMullen W. (1989), "Patient assessments of hospital care", *Quality Review Bulletin* vol. 15, n. 5, pp. 172-179.
- Cleary P.D., McNeil BJ (1988), "Patient satisfaction as an indicator of quality care", *Inquiry*, vol. 25, n.1, pp. 25-36.
- Coddington D., Moore K. (1987), "How customers define quality and how to market it", *Healthcare Forum*, vol. 30, n. 2, pp. 29-32.
- Comstock L., Hooper E., Goodwin J., Goodwin J. (1982), "Physician behaviors that correlate with patient satisfaction", *Journal of Medical Education*, vol. 57, pp. 105-112.
- Cornwell J., Goodrich J. (2011), "Challenges for improving patients' experiences of health care", *J Health Serv Res Policy*, vol. 16, pp.1-2.
- Coulter A., Fitzpatrick R., Cornwell J. (2009), *Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses*, King's Fund.
- Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L., Thomas H. (2002), "The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature", *Health technology assessment*, vol. 6, n. 32, pp. 1-244.
- Dagger T., Sweeney J., Johnson L. (2007), "A hierarchical model of health service quality", *Journal of Service Research*, vol. 10, n. 2, pp. 123-142.
- De La Cuesta C. (1997), "An exploratory investigation of the sources of patient satisfaction in ambulatory care", *Social Science in Health*, vol. 3, n. 4, pp. 222-231.
- Del Vecchio M., Rappini V. (2010), *Low cost in Sanità*, in Cantù E. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano.
- DeVellis R.F. (2003), *Scale Development: Theory and Applications*, Sage Publications, Chapel Hill, USA.
- Donabedian A. (1980), "The definition of quality and approach to its assessment", *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. 1, Health Administration Press, Ann Arbor, MI.
- Donabedian A. (1992), "The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers' role", *Quality in Health Care*, vol. 1, pp. 247-251.
- Etgar M., Fuchs G. (2009), "Why and how service quality perceptions impact consumer responses", *Managing Service Quality*, vol. 19, n. 4, pp. 474-485.
- Fleming G. (1981), "Hospital structure and consumer satisfaction", *Health Services Research*, vol. 16, pp. 43-63.

- Fitzpatrick R., Hopkins A. (1983), "Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration", *Sociology of Health & Illness*, vol. 5, n. 3, pp. 297-311.
- Fitzpatrick R. (1984), *Satisfaction with health care*, in Fitzpatrick R. (Ed.), *The experience of illness*, Tavistock, London, pp. 154-175.
- Franchignoni F., Ottonello M., Benevolo E., Tesio L. (2002), "Satisfaction with hospital rehabilitation: is it related to life satisfaction, functional status, age or education?", *Journal of rehabilitation medicine*, vol. 34, n. 3, 105-108.
- Flotter M.D., Ford R.C., Bach S.A. (1997), "Measuring Patient Satisfaction in Healthcare Organizations: Qualitative and Quantitative Approaches", *Best Practices and Benchmarking in Healthcare*, vol. 2, n. 6, pp.227-239.
- Gill S.D., Dunning T., McKinnon F., Cook D., Bourke J. (2014), "Understanding the experience of inpatient rehabilitation: insights into patient-centred care from patients and family members", *Scand J Caring Sci*, vol. 28, n. 2, pp. 264-72.
- Gill L., White L. (2009), "A critical review of patient satisfaction", *Leadership in Health Services*, vol. 22, n. 1, pp. 8-19.
- Gok M.S., Sezen B. (2013), "Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in health services: The case of public hospital in Turkey", *Health Policy*, vol. 111, pp. 290-300.
- Greene M.G., Adelman R.D., Friedmann E., Charon R. (1994), "Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter", *Social science & medicine*, vol. 38, n. 9, pp. 1279-1288.
- Hair J., Black B., Babin B., Anderson R., Tatham R. (2006), *Multivariate Data Analysis*, (6<sup>th</sup> edition), Prentice-Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Handayani P.W., Hidayanto A.N., Sandhyaduhita P.I., Kasiyah; Ayuningtyas D. (2015), "Strategic hospital services quality analysis in Indonesia", *Expert Systems With Applications*, vol. 42, pp. 3067-3078.
- Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington DC: National Academy Press.
- Hardy G., West M., Hill F. (1996), "Components and predictors of patient satisfaction", *British Journal of Health Psychology*, vol.1, n. 1, pp. 65-85.
- Heidegger T., Saal D., Nuebling, M. (2006), "Patient satisfaction with anaesthesia care: what is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction?", *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, vol. 20, n. 2, pp. 331-346.
- Holloway R., Matson C., Zisner D. (1989), "Patient satisfaction and selected physician behaviors: does the type of practice make a difference?", *Journal of American Board of Family Practice* vol.2, n. 2, pp. 87-92.
- Jackson J.L., Chamberlin J., Kroenke K. (2001), "Predictors of patient satisfaction", *Social Science and Medicine*, vol. 52, pp. 609-620.
- Jenkinson C., Coulter A., Bruster S., Richards N., Chandola T. (2002), "Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care", *Quality and Safety in Health Care*, vol. 11, pp. 335-339.

- Keith RA. (1998), "Patient satisfaction and rehabilitation services", *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 79, pp 1122-1128.
- Kelley E., Hurst J. (2006), "Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper", *OECD Health Working Papers*, n. 23, pp. 1-36.
- Kenny D. (1995), "Determinants of patient satisfaction with the medical consultation", *Psychology Health*, vol.10, n. 5, pp. 427-437.
- Kenagy J.W., Berwick D.M., Shore M.F. (1999), "Service quality in health care", *JAMA*, vol. 281, n. 7, pp. 661-665.
- Kilbourne W.E., Duffy J.A., Duffy M., Giarchi G. (2004), "The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality", *Journal of Services Marketing*, vol. 18, n.7, pp. 524-533.
- Lavidge R.J., Steiner G.A. (1961), "A model for predictive measurements of advertising effectiveness", *Journal of Marketing*, vol. 25, n. 6, pp. 59-62.
- Leiter M., Harvie P., Frizzell C. (1998), "The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout", *Social Science Medicine*, vol. 47, pp. 1611-1617.
- Lin B., Kelly E. (1995), Methodological issues in patient satisfaction surveys, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 8, n. 6, pp. 32-37.
- Linder-Pelz S. (1982), Toward a theory of patient satisfaction, *Social science & medicine*, vol. 16, n. 5, pp. 577-582.
- Maynard A. (2008), "What is "Quality" in Health Care?", *Medico-Legal Journal*, vol. 76, n. 2, pp.41-54.
- McAlexander J.H., Kaldenberg D.O., Koenig, H.F. (1994), "Service quality measurement", *Journal of health care marketing*, vol. 14, n. 3, pp. 34-40.
- Miller Bader M. (1988), Nursing care behaviours that predict patient satisfaction, *Journal of Nursing Quality Assurance*, vol. 2, n. 3, pp. 11-17.
- Mohan R., Kanagaluru S.K. (2011), "A study on the satisfaction of patients with reference to hospital services", *International Journal of Business Economics & Management Research*, vol. 1, n. 3, pp. 15-25.
- Montgomery K., Little M. (2011), "Enriching Patient\_Centered Care in Serious Illness: A Focus on Patient's Experiences of Agency", *Milbank Quarterly*, vol. 89, n. 3, pp.381-398.
- Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2014), "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach", *International Journal of Health Planning Management*, vol. 29, n. 3, pp. 247-260.
- Navarro-Espigares J.L., Hernandez Torres E. (2011), "Efficiency and quality in health services: a crucial link", *The Service Industries Journal*, vol. 31, n. 3, pp. 385-403.
- Nuti S., Daraio C., Speroni C., Vainieri M. (2011), "Relationships between technical efficiency and the quality and costs of health care in Italy", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 23, n. 3, pp. 324-330.
- Otani K., Waterman B., Faulkner K.M, Boslaugh S., Burroughs T.E., Dunagan W.C. (2009), "Patient satisfaction: focusing on "excellent"", *Journal of Healthcare Management*, vol. 54, n. 2, pp. 93-103.

- Pai Y.P., Chary S.T. (2010), "Dimensions of hospital service quality: a critical review: perspective of patients from global studies", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 26, n. 4, pp. 308-340.
- Patrick D., Scrivens E., Charlton J. (1983), "Disability and patient satisfaction with medical care", *Medical Care*, vol. 21, pp. 1062-1075.
- Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. (1988), "SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality", *Journal of Retailing*, vol. 64, n. 1, pp. 12-40.
- Péfoyo A.J.K., Wodchis W.P. (2013), "Organizational performance impacting patient satisfaction in Ontario hospitals: a multilevel analysis", *BMC Research Note*, vol. 6, n. 1, pp. 509-520.
- Pilpel D. (1996), "Hospitalized patients' satisfaction with caregivers' conduct and physical surroundings", *Journal General Internal Medicine*, vol.11, n. 5, pp. 312-314.
- Rogelberg S.G., Stanton J.M. (2007), "Introduction understanding and dealing with organizational survey nonresponse", *Organizational Research Methods*, vol.10, n. 2, pp. 195-209.
- Rohini R., Mahadevappa B. (2006), "Service quality in Bangalore hospitals – an empirical study", *Journal of Services Research*, vol. 6, n. 1, pp. 59-82.
- Rossiter J.R. (2002), "The C-OAR-SE procedure for scale development in marketing", *International journal of research in marketing*, vol. 19, n. 4, pp. 305-335.
- Schoenfelder T., Klewer J., Kugler J. (2011), "Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 23, n. 5, pp. 503-509.
- Schwab A.J., Smith T.W., DiNitto D. (1993), "Client Satisfaction and Quality Vocational Rehabilitation", *The Journal of Rehabilitation*, vol. 59, pp. 17-23.
- Sitzia J., Wood N. (1997), "Patient Satisfaction: a review of issues and concepts", *Social Science Medical*, vol. 45, n. 12, pp. 1829-1843.
- Sixma H., Spreuwenberg P., Van Der Pasch M. (1998), Patient satisfaction with the general practitioner. A two-level analysis. *Medical Care*, vol. 36, pp. 212–29.
- Sochalski, J. (2004), "Is More Better? The Relationship between Nurse Staffing and the Quality of Nursing Care in Hospitals", *Medical Care*, vol. 42, n. 2, pp. 1167-1173.
- Sower V., Duffy J., Kilbourne W., Kohers G., Jones P. (2001), "The dimensions of service quality for hospitals: development and use of the KQCAH Scale", *Health Care Management Review*, vol. 26, n. 2, pp. 47-59.
- Steenkamp J.B.E., Van Trijp H.C. (1991), "The use of LISREL in validating marketing constructs", *International Journal of Research in marketing*, vol. 8, n. 4, pp. 283-299.
- Thompson A.G., Sunol R. (1995), "Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 7, n. 2, pp. 127-141.

- Treadway J. (1983), "Patient satisfaction and the content of general practice consultations", *British Journal of General Practice*, vol. 33, n. 257, pp. 769-771.
- Urden L.D. (2002), "Patient satisfaction measurement: current issues and implications", *Professional Case Management*, vol. 7, n. 5, pp. 194-200.
- Walker A., Restuccia J. (1984), "Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: mail versus telephone", *Health Services Research*, vol. 19, n. 3, pp.291-306.
- Ware J.E., Snyder M.K., Wright W.R., Davies A.R. (1983), "Defining and measuring patient satisfaction with medical care", *Evaluation and program planning*, vol. 6, n. 3, pp. 247-263.
- Woodside A.G., Frey L.L., Daly R.T. (1989), "Linking service quality, customer satisfaction, and behavioral intention", *Journal of Health Care Marketing*, vol. 9, n. 4, pp. 5-17.
- Young G.J., Meterko M., Desai K.R. (2000), "Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics", *Medical Care*, vol. 38, pp. 325-334.
- Zeithaml V., Berry L., Parasuraman A. (1996), "The behavioral consequences of service quality", *Journal of Marketing*, vol. 60, pp. 31-46.

Anna Romiti, Chiara Lorini, Elettra Pellegrino, Guglielmo Bonaccorsi  
Qualità del servizio e soddisfazione. Un'indagine su una struttura sanitaria accreditata  
dalla regione Toscana.

*Impresa Progetto - Electronic Journal of Management*, n. 3, 2015

---

**Anna Romiti**

Ricercatore confermato di Economia e gestione delle imprese  
Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica  
Sezione di Health Services Research  
Università degli Studi di Firenze  
Viale Morgagni, 48  
50134 Firenze  
[anna.romiti@unifi.it](mailto:anna.romiti@unifi.it)

**Chiara Lorini**

Ricercatore di Igiene generale e applicata  
Dipartimento di Scienze della Salute  
Università degli Studi di Firenze  
Viale Morgagni, 48  
50134 Firenze  
[chiara.lorini@unifi.it](mailto:chiara.lorini@unifi.it)

**Elettra Pellegrino**

Medico, Specialista in Igiene e medicina preventiva  
Direttore Sanitario Cooperativa Sociale "Gli Altri"  
Via Tomasi di Lampedusa, 149  
51100 Pistoia  
[elettra.pellegrino@gmail.com](mailto:elettra.pellegrino@gmail.com)

**Guglielmo Bonaccorsi**

Professore Associato confermato di Igiene generale e applicata  
Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica  
Università degli Studi di Firenze  
Viale Morgagni, 48  
50134 Firenze (FI)  
[guglielmo.bonaccorsi@unifi.it](mailto:guglielmo.bonaccorsi@unifi.it)

## Appendice

Il questionario somministrato ai pazienti (riadattamento degli items che compongono le scale di Sower et al., 2001) è desumibile dalle elaborazioni allegate.

### Correlazioni tra variabile dipendente e variabili sociodemografiche

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Genere	1	,028	-,077	-,126	,217	-,362**	,077	,249	,112	-,071	,042	,072	,061	-,089	-,207
2. Età (≤64)	,028	1	-,210	-,318*	-,182	,034	,150	-,065	-,153	-,389**	,291*	,163	,155	-,085	-,258*
3. Età (64<x≤74)	-,077	-,210	1	-,505**	-,289*	,020	-,244	,070	,189	-,386**	,410**	,113	,044	-,129	,000
4. Età (74<x≤84)	-,126	-,318*	-,505**	1	-,437**	,141	-,117	,030	-,085	,481**	-,323*	-,244	-,201	,105	,229
5. Età (>84)	,217	-,182	-,289*	-,437**	1	-,223	,289*	-,061	,023	,134	-,276*	,049	,076	,075	-,078
6. Riab. Cardiologica	-,362**	,034	,020	,141	-,223	1	-,455**	-,415**	-,331**	,050	-,030	-,108	,134	-,019	-,021
7. Riab. Ortopedica	,077	,150	-,244	-,117	,289*	-,455**	1	-,304*	-,243	,000	-,046	,000	,044	,042	,000
8. Riab. Neurologica	,249	-,065	,070	,030	-,061	-,415**	-,304*	1	-,221	,086	,092	-,087	-,121	-,123	-,201
9. Riab. Respiratoria	,112	-,153	,189	-,085	,023	-,331**	-,243	-,221	1	-,168	-,011	,247	-,096	,116	,261*
10. Elementari	-,071	-,389**	-,386**	,481**	,134	,050	,000	,086	-,168	1	-,590**	-,419**	-,245	-,252	-,021
11. Medie inferiori	,042	,291*	,410**	-,323*	-,276*	-,030	-,046	,092	-,011	-,590**	1	,216**	-,127	-,129	-,024
12. Medie superiori	,072	,163	,113	-,244	,049	-,108	-,000	,087	-,247	-,419**	-,216	1	-,090	-,092	,061
13. Laurea	,061	,155	,044	-,201	,076	,134	,044	-,121	-,096	-,245	-,127	-,090	1	-,043	-,142
14. Altra istruzione	-,089	-,085	-,129	,105	,075	-,019	,042	-,123	,116	-,252	-,129	-,092	-,043	1	,139
15. Qualità complessiva	-,207	-,258*	,000	,229	-,078	-,021	,000	-,201	,261*	-,021	-,024	,061	-,142	,139	1

### Descrittive della variabile dipendente e delle variabili indipendenti

	Media	Dev. Std.	Min.	Max.
In generale come descriverebbe la qualità della cura/assistenza ricevuta	4,67	,542	3	5
<b>Rispetto e Cura</b>				
Il personale ha risposto alle mie richieste in modo amichevole	4,78	,454	3	5
Complessivamente, è stato gradevole relazionarsi con il personale	4,78	,415	4	5
Il personale è stato allegro e sorridente	4,68	,567	3	5
Il personale è stato cortese con me	4,80	,480	3	5
Il personale mi ha trattato con rispetto	4,90	,303	4	5
Il personale è stato molto amichevole	4,80	,443	3	5
Il personale ha provveduto alle mie necessità prima che io facessi richieste	4,57	,698	3	5
Complessivamente, il personale dell'ospedale mi ha trattato con rispetto	4,90	,303	4	5
Il personale mi ha prestato attenzione	4,85	,404	3	5
Il personale è uscito dai propri schemi per aiutarmi	4,75	,508	3	5
Il personale è apparso interessato a me	4,82	,431	3	5
Il personale è stato molto paziente nell'occuparsi delle mie necessità	4,87	,430	3	5
Quando ho avuto una lamentela, questa è stata gestita velocemente	4,70	,520	3	5
Il personale ha avuto un atteggiamento positivo	4,80	,480	3	5
Il personale mi ha mostrato dove fossero le cose delle quali avevo bisogno	4,80	,514	3	5
Complessivamente, il personale è uscito dalle proprie procedure per aiutarmi	4,81	,469	3	5
Il personale è stato molto rassicurante	4,83	,419	3	5
Complessivamente, il personale ha rispettato i miei diritti di persona	4,90	,303	4	5
Complessivamente, il personale ha risposto alle mie necessità	4,85	,404	3	5
Il personale mi ha ascoltato riguardo le mie necessità	4,80	,443	3	5
Il personale ha prestato attenzione alle mie necessità velocemente	4,65	,685	2	5
La mia privacy è stata tutelata	4,88	,372	3	5
Conoscevo i nomi delle persone che mi assistevano (infermieri, assistenti...)	4,68	,596	3	5
Non ho dovuto aspettare per le cose delle quali avevo bisogno	4,55	,699	2	5
Le persone che mi assistevano mi hanno dato le informazioni delle quali avevo bisogno	4,80	,546	3	5
Non ho dovuto aspettare a lungo per l'accettazione	4,90	,399	3	5
<b>Appropriatezza</b>				
La struttura era molto pulita	4,78	,555	2	5
La struttura era confortevole	4,88	,323	4	5

Complessivamente, i servizi dei quali avevo bisogno erano disponibili	4,90	,303	4	5
Complessivamente, la struttura era molto buona	4,92	,279	4	5
Il personale era vestito in modo appropriato	4,93	,252	4	5
Non ho dovuto completare troppi moduli all'accettazione	4,93	,252	4	5
La struttura era molto invitante	4,88	,372	3	5
La struttura ha consentito la mia privacy	4,90	,303	4	5
Sono stato in grado di comunicare con lo staff	4,78	,490	3	5
La struttura era abbastanza silenziosa per me	4,62	,666	3	5
L'ospedale aveva tutto quello di cui avevo bisogno	4,83	,457	3	5
Ho percepito che realmente volevano che io stessi meglio	4,85	,444	3	5
L'ospedale ha custodito bene i miei oggetti personali	4,74	,763	1	5
Le luci avevano un'intensità appropriata	4,80	,514	3	5
Ho percepito che i miei bisogni sono stati mantenuti riservati	4,90	,303	4	5
<b>Informazione</b>				
Il personale di assistenza e i dottori mi hanno dato informazioni velocemente	4,77	,500	3	5
Il personale di assistenza e i dottori mi hanno dato le informazioni di cui avevo bisogno	4,90	,399	3	5
Il personale di assistenza e i dottori mi hanno informato riguardo agli esiti delle procedure	4,80	,605	1	5
Il personale di assistenza e i dottori sono stati disponibili con me quando è stato necessario	4,92	,334	3	5
Complessivamente, mi sono state date tutte le informazioni di cui avevo bisogno	4,88	,372	3	5
Hanno chiesto alla mia famiglia cosa avessero bisogno di sapere	4,73	,710	1	5
<b>Pasti</b>				
Complessivamente, il servizio mensa è stato buono	4,51	,751	2	5
I pasti sono stati serviti alla temperatura appropriata	4,69	,623	2	5
I pasti erano buoni	4,56	,771	2	5
I pasti sono stati serviti in tempo	4,83	,378	4	5
Le stoviglie sporche sono state rimosse subito	4,80	,406	4	5

**Frequenze della variabile dipendente e delle variabili indipendenti (%)**

	Valutazioni assegnate agli item				
	1	2	3	4	5
In generale come descriverebbe la qualità della cura/assistenza ricevuta			3,3	26,7	70
<b>Rispetto e Cura</b>					
Il personale ha risposto alle mie richieste in modo amichevole			1,7	18,3	80
Complessivamente, è stato gradevole relazionarsi con il personale				21,7	78,3
Il personale è stato allegro e sorridente			5	21,7	73,3
Il personale è stato cortese con me			3,3	13,3	83,3
Il personale mi ha trattato con rispetto				10	90
Il personale è stato molto amichevole			1,7	16,7	81,7
Il personale ha provveduto alle mie necessità prima che io facessi richieste			11,7	20	68,3
Complessivamente, il personale dell'ospedale mi ha trattato con rispetto				10	90
Il personale mi ha prestato attenzione			1,7	11,7	86,7
Il personale è uscito dai propri schemi per aiutarmi			3,3	18,3	78,3
Il personale è apparso interessato a me			1,7	15	83,3
Il personale è stato molto paziente nell'occuparsi delle mie necessità			3,3	6,7	90
Quando ho avuto una lamentela, questa è stata gestita velocemente			2,7	24,3	73
Il personale ha avuto un atteggiamento positivo			3,3	13,3	83,3
Il personale mi ha mostrato dove fossero le cose delle quali avevo bisogno			5	10	85
Complessivamente, il personale è uscito dalle proprie procedure per aiutarmi			3,3	11,7	85
Il personale è stato molto rassicurante			1,7	13,3	85
Complessivamente, il personale ha rispettato i miei diritti di persona				10	90
Complessivamente, il personale ha risposto alle mie necessità			1,7	11,7	86,7
Il personale mi ha ascoltato riguardo le mie necessità			1,7	16,7	81,7
Il personale ha prestato attenzione alle mie necessità velocemente		1,7	6,7	16,7	75
La mia privacy è stata tutelata			1,7	8,3	90
Conoscevo i nomi delle persone che mi assistevano (infermieri, assistenti...)			6,7	18,3	75
Non ho dovuto aspettare per le cose delle quali avevo bisogno		1,7	6,7	26,7	65
Le persone che mi assistevano mi hanno dato le informazioni delle quali avevo bisogno			6,7	6,7	86,7
Non ho dovuto aspettare a lungo per l'accettazione			3,3	3,3	93,3
<b>Appropriatezza</b>					
La struttura era molto pulita		1,7	1,7	13,3	83,3
La struttura era confortevole				11,7	88,3

Complessivamente, i servizi dei quali avevo bisogno erano disponibili		10	90	
Complessivamente, la struttura era molto buona		8,3	91,7	
Il personale era vestito in modo appropriato		6,7	93,3	
Non ho dovuto completare troppi moduli all'accettazione		6,7	93,3	
La struttura era molto invitante	1,7	8,3	90	
La struttura ha consentito la mia privacy		10	90	
Sono stato in grado di comunicare con lo staff	3,3	15	81,7	
La struttura era abbastanza silenziosa per me	10	18,3	71,7	
L'ospedale aveva tutto quello di cui avevo bisogno	3,3	10	86,7	
Ho percepito che realmente volevano che io stessi meglio	3,3	8,3	88,3	
L'ospedale ha custodito bene i miei oggetti personali	1,9	7,5	3,8	86,8
Le luci avevano un'intensità appropriata		5	10	85
Ho percepito che i miei bisogni sono stati mantenuti riservati		10	90	
<b>Informazione</b>				
Il personale di assistenza e i dottori mi hanno dato informazioni velocemente		3,3	16,7	80
Il personale di assistenza e i dottori mi hanno dato le informazioni di cui avevo bisogno		3,3	3,3	93,3
Il personale di assistenza e i dottori mi hanno informato riguardo agli esiti delle procedure		1,7	13,3	85
Il personale di assistenza e i dottori sono stati disponibili con me quando è stato necessario		1,7	5	93,3
Complessivamente, mi sono state date tutte le informazioni di cui avevo bisogno		1,7	8,3	90
Hanno chiesto alla mia famiglia cosa avessero bisogno di sapere	1,7	5	10	83,3
<b>Pasti</b>				
Complessivamente, il servizio mensa è stato buono	3,4	5,1	28,8	62,7
I pasti sono stati serviti alla temperatura appropriata	1,7	3,4	18,6	76,3
I pasti erano buoni	5,1	1,7	25,4	67,8
I pasti sono stati serviti in tempo			16,9	83,1
Le stoviglie sporche sono state rimosse subito			20,3	79,7