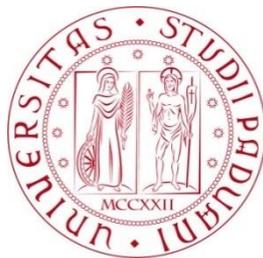


Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Scienze Statistiche
Corso di Laurea Triennale in
Statistica, Economia e Finanza



Relazione Finale

La qualità percepita dai pazienti delle unità operative dell'Ospedale di Padova

Relatore: Prof. Luigi Fabbris
Dipartimento di Scienze Statistiche

Correlatore: Dr.ssa Maria Giuseppina Benvegnù
Azienda Ospedaliera di Padova

Laureando: Davide Maistrello
Matricola N. 1051719

Anno Accademico 2017/2018

Indice

Introduzione	7
Capitolo 1 – Obiettivi di lavoro e <i>case history</i>	9
1.1 La <i>customer satisfaction</i> e la qualità percepita	9
1.1.1 La valutazione della <i>customer satisfaction</i>	11
1.1.2 La <i>customer satisfaction</i> in un'azienda di servizi	13
1.1.3 Come misurare la <i>customer satisfaction</i>	14
1.1.4 La qualità percepita nei servizi: il modello SERVQUAL	15
1.1.5 La qualità percepita nei servizi: il modello SERVPERF	18
1.1.6 La qualità percepita nei servizi: altri modelli	19
1.2 La qualità percepita negli ospedali	20
1.2.1 Le dimensioni della qualità indagate	21
1.2.2 La raccolta dei dati	24
1.2.3 L'elaborazione dei risultati	25
1.3 Ricerche affini	27
1.3.1 Azienda ULSS 22, Regione Veneto (anno 2013)	27
1.3.2 Azienda USL di Imola, Regione Emilia-Romagna (anno 2006)	30
1.3.3 Azienda ULSS 15 – Alta Padovana, Regione Veneto (anno 2015)	32
1.3.4 Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, Regione Basilicata (anno 2016)	34
1.3.5 Ospedale M.G. Vannini, Regione Lazio (anno 2017)	35
1.3.6 Basque Health Care Service (Osakidetza), Spagna (anno 2002)	37
1.3.7 Ministry of Health's Patient Satisfaction Survey, Singapore (anno 2015)	39
1.4 Esperienza presso l'Azienda Ospedaliera di Padova	41
Capitolo 2 – Metodologia della ricerca	43
2.1 Determinazione del campione	43

2.2 La raccolta dei dati	44
2.3 La struttura dei questionari	47
2.3.1 Questionario di valutazione della qualità percepita nei servizi ambulatoriali	47
2.3.2 Questionario di valutazione della qualità percepita nei reparti	48
2.3.3 Questionario di valutazione della qualità percepita nei reparti pediatrici	49
Capitolo 3 – La popolazione dei pazienti ospedalieri	51
3.1 L’Azienda Ospedaliera di Padova	51
3.2 La popolazione statistica	52
3.2.1 I pazienti dei servizi ambulatoriali	52
3.2.2 I pazienti dei reparti	54
3.2.3 I pazienti dei reparti pediatrici	56
Capitolo 4 – La qualità percepita	59
4.1 Le dimensioni della qualità	59
4.2 Analisi multivariata	66
4.2.1 Stima del modello per gli ambulatori	68
4.2.2 Stima del modello per i reparti	70
4.2.3 Stima del modello per i reparti pediatrici	71
4.3 La qualità percepita	73
Capitolo 5 – Conclusioni e proposte	77
5.1 I limiti dell’analisi	77
5.2 La formulazione del <i>core questionnaire</i>	78
5.3 Una proposta alternativa di questionario	81
Bibliografia	85

Appendice	87
A1.1 Questionario di valutazione della qualità percepita nei servizi ambulatoriali	87
A1.2 Questionario di valutazione della qualità percepita nei reparti	88
A1.3 Questionario di valutazione della qualità percepita nei reparti pediatrici	89
Ringraziamenti – <i>Acknowledgements</i>	91

Introduzione

Questa tesi è basata su un'esperienza di stage vissuta nei primi mesi del 2017 presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliera di Padova, per un totale complessivo di 350 ore lavorative. L'obiettivo del progetto di stage era la misurazione della *customer satisfaction* percepita dai pazienti della struttura ospedaliera, rilevata attraverso l'elaborazione statistica dei dati raccolti tramite la somministrazione di questionari da autocompilare.

L'obiettivo dell'indagine era la rappresentazione del grado di soddisfazione dei pazienti ospedalieri, da interpretarsi come una funzione della qualità percepita. Questo tipo di analisi punta ad evidenziare le aree di presidio e di miglioramento del servizio offerto, andando ad indicare all'ente organizzatore della ricerca potenziali strategie di potenziamento e correttivi che possono essere attuati allo scopo di aumentare la soddisfazione della propria clientela.

L'indagine svolta prende in esame un totale di 2 849 questionari, somministrati dal personale della struttura ai pazienti dimessi da 38 unità operative nel periodo compreso fra settembre e dicembre 2016. Sono stati utilizzati tre diversi questionari, adattati alla tipologia di struttura all'interno della quale si è svolta l'indagine (reparti, ambulatori, reparti pediatrici).

Il lavoro di tesi è strutturato in cinque capitoli. Nel Capitolo 1 viene introdotto il concetto di *customer satisfaction*, riassumendo lo stato dell'arte che riguarda la teoria a supporto della sua misurazione e descrivendo i principali metodi tramite i quali viene rilevata la qualità dei servizi. Vengono inoltre presentate alcune indagini svolte in strutture nazionali ed estere affini a quella in esame, analizzandone la metodologia e mettendone in luce le modalità di rilevazione.

Nel Capitolo 2 sono presentati i metodi utilizzati nella realizzazione dell'indagine: vengono riportate le modalità di selezione del campione di rispondenti, la struttura dei questionari impiegati e le procedure con cui è stata condotta la loro somministrazione.

Nel Capitolo 3 vengono descritti l'ente a cui l'indagine è rivolta, ovvero l'azienda ospedaliera di Padova, e la popolazione di riferimento costituita dai pazienti dimessi dalle unità operative che compongono la struttura.

Nel Capitolo 4 viene presentata l'elaborazione statistica compiuta sui dati raccolti attraverso tecniche statistiche univariate e multivariate. Vengono inoltre individuati gli indicatori di qualità attraverso i quali delineare uno schema di valutazione del grado di soddisfazione percepito dai clienti di una struttura ospedaliera.

Nel Capitolo 5 vengono infine riassunti i risultati dell'analisi e valutati i punti di forza e debolezza della rilevazione nel suo complesso, andando a mettere in luce i limiti del lavoro compiuto e suggerendo alcune possibili correzioni da considerare in successive iterazioni della stessa indagine.

Considerata la rilevanza dei questionari ai fini delle nostre analisi, si allegano in appendice le tre versioni del questionario proposto.

Capitolo 1

Obiettivi di lavoro e *case history*

1.1 La *customer satisfaction* e la qualità percepita

In letteratura, si denomina *customer satisfaction* (soddisfazione del cliente) quell'insieme di metodi e modelli di ricerca tramite i quali è possibile misurare la soddisfazione delle aspettative del cliente in relazione ai prodotti e ai servizi forniti da una azienda. La *customer satisfaction* è uno dei modi in cui si può valutare l'efficacia di un prodotto o servizio.

Il concetto di *customer satisfaction* ha cominciato a svilupparsi su larga scala a partire dagli anni Ottanta del Novecento, all'interno di un panorama economico in cui è andata ad emergere sempre più la necessità per imprese e aziende di monitorare il livello di soddisfazione della propria clientela allo scopo di trarne beneficio a livello economico. Come scrive Boari (2000), *"l'attenzione alla customer satisfaction rappresenta un obiettivo strategico difensivo di fondamentale importanza, che permette di accrescere la fedeltà dei clienti con l'individuazione di barriere sia in uscita, nei confronti della propria clientela, che in entrata, dalle incursioni competitive."*

Kotler e Keller (2006) definiscono la nozione di soddisfazione come *"le sensazioni di piacere o di delusione prodotte dal confronto tra la performance percepita di un prodotto, di una persona, e perfino di sé stessi, e le aspettative o aspirazioni relative alla medesima performance."* Un cliente può definirsi soddisfatto o molto soddisfatto quando la performance del prodotto o servizio in questione rispetta o supera le aspettative riposte in esso; al contrario, una performance non all'altezza delle aspettative provoca insoddisfa-

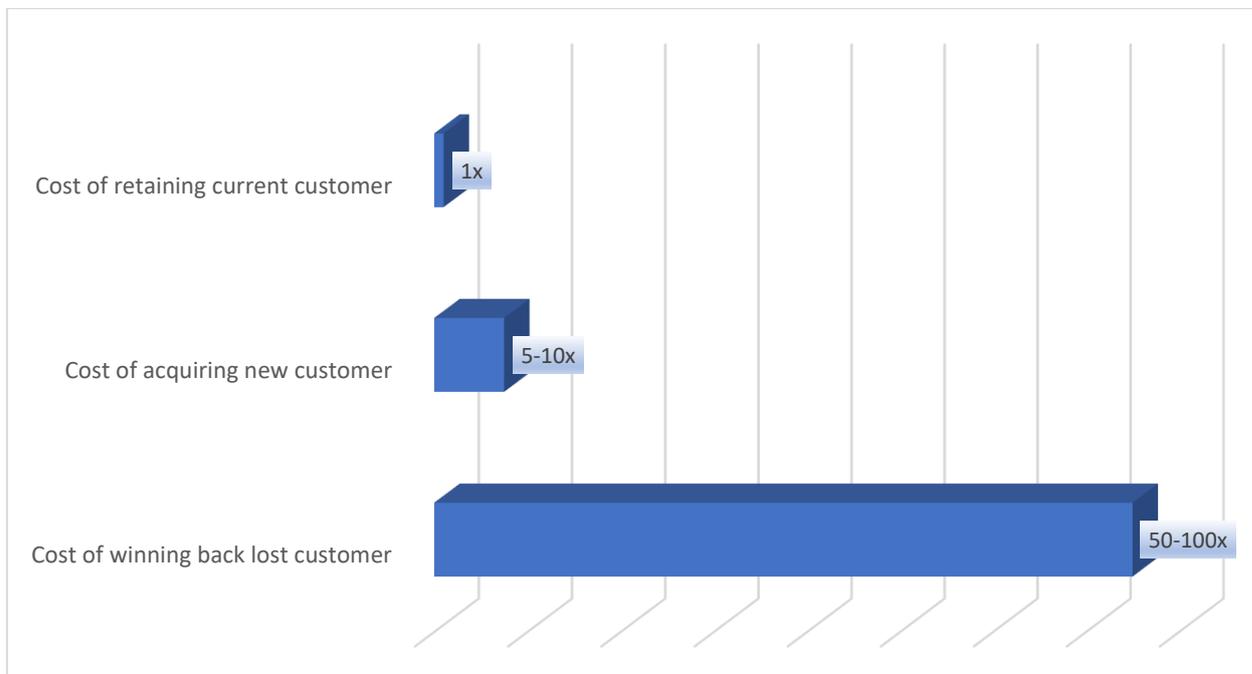
zione. Con *performance percepita* andiamo a definire l'insieme di sensazioni e impressioni provate da un consumatore durante e dopo l'uso di un prodotto o la fruizione di un servizio.

Secondo Grönroos (1994) la qualità è definita dal cliente come la differenza tra le proprie aspettative rispetto ad un prodotto o a un servizio e ciò che lo stesso cliente percepisce quando lo riceve; questo tipo di aspettative può basarsi su bisogni personali, esperienze pregresse, pareri e consigli di parenti e conoscenti o addirittura comunicazioni o indicazioni provenienti dalla stessa impresa. Riconoscere e correggere eventuali deficit qualitativi è assolutamente imprescindibile per ogni azienda, allo scopo di rispettare la conformità del prodotto e del servizio proposto e allo stesso tempo di rispettare la soddisfazione del cliente.

La soddisfazione della clientela e la sua fidelizzazione (*customer loyalty*) sono due elementi strettamente correlati, in quanto un cliente soddisfatto è una condizione necessaria (ma non sufficiente) per renderlo fedele ai prodotti e servizi offerti e all'impresa nel suo insieme. Recenti studi empirici condotti da Robert Yanker, partner della multinazionale di consulenza strategica McKinsey & Company, e riportati da Morelli (2005), testimoniano che acquisire un nuovo cliente costa dalle cinque alle dieci volte in più rispetto a mantenerne uno già fidelizzato – mentre recuperarne uno già perso costa dalle cinquanta alle cento volte in più.

Ogni azienda possiede, dunque, un patrimonio costituito dai propri clienti fidelizzati; nasce quindi l'urgenza di misurare attraverso adeguate metodologie il valore di questo patrimonio per essere in grado di poterlo gestire nel modo più opportuno.

Figura 1.1: Il costo dell'acquisizione e mantenimento di un cliente da parte di un'impresa



Fonte: McKinsey & C., riportata in Morelli (2005)

Negli ultimi decenni la *customer satisfaction* ha assunto un ruolo quanto mai critico nella disciplina del marketing, andando a configurarsi come il criterio di valutazione principale attraverso il quale viene valutata la qualità di aziende, imprese e servizi. Tramite questo tipo di indagine, un'azienda può sia adottare determinate strategie di mercato allo scopo di ottenere vantaggi competitivi sul medio e lungo periodo, sia mettere a fuoco quali siano le azioni concrete che possono permettere di migliorare sensibilmente il proprio operato e la soddisfazione percepita dai clienti.

1.1.1 La valutazione della *customer satisfaction*

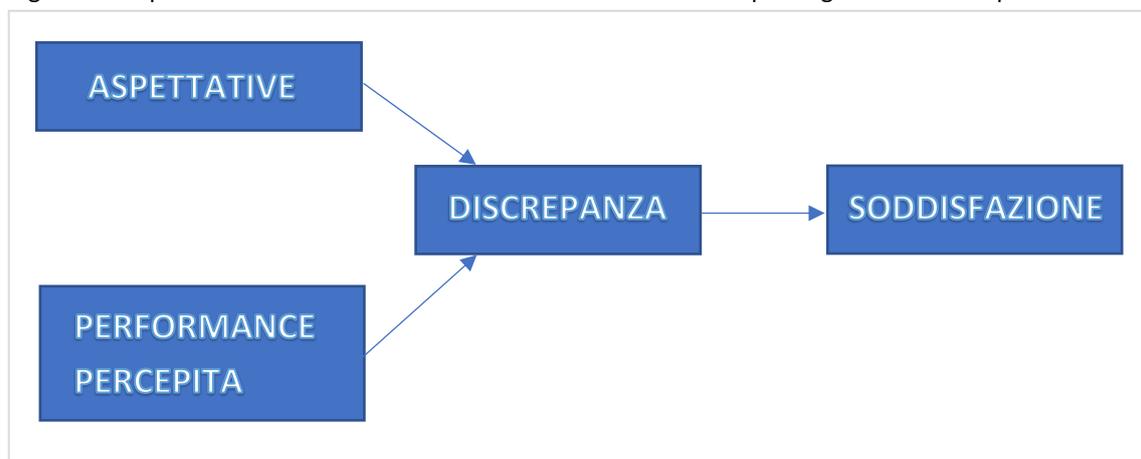
La valutazione della *customer satisfaction* è definita come un confronto fra le aspettative con le quali il cliente si accosta a un prodotto o a un servizio e la percezione post-consumo del prodotto o servizio in questione. Questo confronto si configura come un modello detto del "paradigma della discrepanza".

Il paradigma della discrepanza descrive la valutazione dell'esperienza di consumo appunto come l'ampiezza e la direzione del *gap*, o discrepanza, fra le aspettative pregresse e la performance percepita. Le aspettative rappresentano lo standard tramite il quale il consumatore va a confrontare la performance del prodotto o servizio che ha sperimentato.

La performance percepita dal consumatore è rappresentata per propria definizione come un criterio soggettivo e personale: il consumatore, esprimendo il suo giudizio di soddisfazione, prende in esame soltanto gli attributi che considera importanti nella sua valutazione della performance del prodotto o servizio. Questi attributi andranno a condizionare in misura più considerevole il giudizio globale di soddisfazione espresso dal consumatore rispetto a quelli che ritiene meno importanti.

La discrepanza risultante dal confronto fra i due termini (le aspettative pre-consumo e la performance percepita) stabilisce il giudizio di soddisfazione o insoddisfazione del consumatore; idealmente, l'individuo sarà soddisfatto in presenza di una differenza nulla o positiva, ovvero quando la performance del prodotto o servizio rispecchia o supera le proprie aspettative pregresse.

Figura 1.2: Il processo di formazione della soddisfazione mediante il paradigma della discrepanza



Fonte: Elaborazione tratta da Bassi (2008)

1.1.2 La *customer satisfaction* in un'azienda di servizi

Viene definito servizio una prestazione, o attività realizzata, di una parte a vantaggio di un'altra parte, al fine di soddisfare un certo bisogno. È bene precisare che i servizi differiscono dai beni materiali per quattro caratteristiche ben precise:

- *l'immaterialità o non tangibilità*, che dà adito a una coincidenza fra la qualità del servizio offerta e l'immagine dell'impresa o dell'ente che lo propone;
- *l'inscindibilità dalla fonte*, ossia l'impossibilità di dividere l'erogazione del servizio dal consumo dello stesso;
- *l'interazione col cliente che prende parte all'erogazione*, ossia il ruolo "attivo" che il cliente svolge durante l'attività di produzione ed erogazione del servizio;
- *l'importanza del fattore lavoro*, che implica la continua formazione del personale addetto all'erogazione del servizio.

Oltre ad aziende ed imprese industriali, anche quelle che si occupano di servizi ripongono enorme attenzione nella misurazione della qualità percepita; questo perché, pur non considerando il profitto come proprio obiettivo primario, questa tipologia di aziende trae la propria legittimità dalla soddisfazione dei propri consumatori.

La misurazione della *customer satisfaction* permette agli utenti delle aziende di servizi di esprimere un proprio giudizio sulla qualità percepita della prestazione ricevuta: attraverso questo tipo di analisi, le aziende possono verificare la soddisfazione e il livello di fidelizzazione degli utilizzatori, mettendo in evidenza le eventuali problematiche emerse riguardo all'efficienza e all'efficacia della prestazione offerta e usando questi risultati come punto di partenza per apportare modifiche e correttivi.

Due fattori condizionano principalmente la qualità percepita dagli utenti delle aziende di servizi: le aspettative pregresse sul servizio in questione (maturate a partire dalle informazioni di cui l'utente è in possesso prima di ricevere la prestazione, che possono essere legate all'immagine trasmessa dal servizio o a esperienze precedenti nel caso in cui l'utente abbia già fatto uso dello stesso servizio) e i giudizi espressi dagli utenti nei suoi confronti (derivati dai vari aspetti, tangibili e non, che compongono il servizio).

Come suggeriscono Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) è necessario tenere presente che i clienti trovano generalmente maggiore difficoltà a valutare la qualità dei servizi rispetto a quella dei prodotti. Infatti, mentre in quest'ultima circostanza il consumatore si limita a manifestare il proprio parere riguardo alla performance percepita del prodotto in questione, in presenza di un bene intangibile egli sarà chiamato ad esprimersi sia riguardo l'erogazione della prestazione sia riguardo la produzione del servizio stesso.

1.1.3 Come misurare la *customer satisfaction*

L'esigenza di misurare la *customer satisfaction* nasce dalla necessità di ogni azienda di determinare i bisogni ed i gusti dei consumatori, conoscere le loro aspettative, superare i gap della qualità ed ottenere informazioni precise e puntuali sull'andamento dei progetti di miglioramento della qualità del servizio e della soddisfazione del cliente (Gerson, 1995)

Per ottenere dati generalizzabili e ragionevolmente affidabili è necessario che la rilevazione segua adeguate metodologie; in particolare, per ottenere rilevazioni accurate in tempi brevi, è consuetudine servirsi di questionari da somministrare agli individui soggetto della misurazione, ovvero i consumatori del prodotto/servizio di cui si desidera indagare la qualità percepita. In ricerca sociale, si definisce questionario *“uno strumento di raccolta delle informazioni definito 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." (Zammuner, 1996)

Due motivazioni emergono in particolare per spiegare la necessità di misurare la qualità percepita. In primis, l'azienda si serve di questo tipo di rilevazione per cercare di mettere a fuoco il giudizio espresso dai clienti nei confronti della propria offerta e la performance percepita di uno specifico prodotto o servizio; a questo aspetto si collega una seconda motivazione, legata alle esigenze ed ai bisogni dei clienti stessi. Per comprendere quali siano i bisogni che i clienti cercano di soddisfare con l'acquisto del prodotto in questione è fondamentale esaminare quali siano le loro necessità e le aspettative che ripongono in esso; tramite questo tipo di misurazione è possibile capire in quale modo si può agire sulla propria offerta allo scopo di venire incontro a queste necessità.

1.1.4 La qualità percepita nei servizi: il modello SERVQUAL

Uno dei modelli più utilizzati per misurare la qualità dei servizi è il cosiddetto modello SERVQUAL, introdotto da Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991). Questo modello si sviluppa tramite un confronto fra aspettative e performance percepita riguardo a un determinato prodotto o servizio, operato tramite la già descritta metodologia del paradigma della discrepanza.

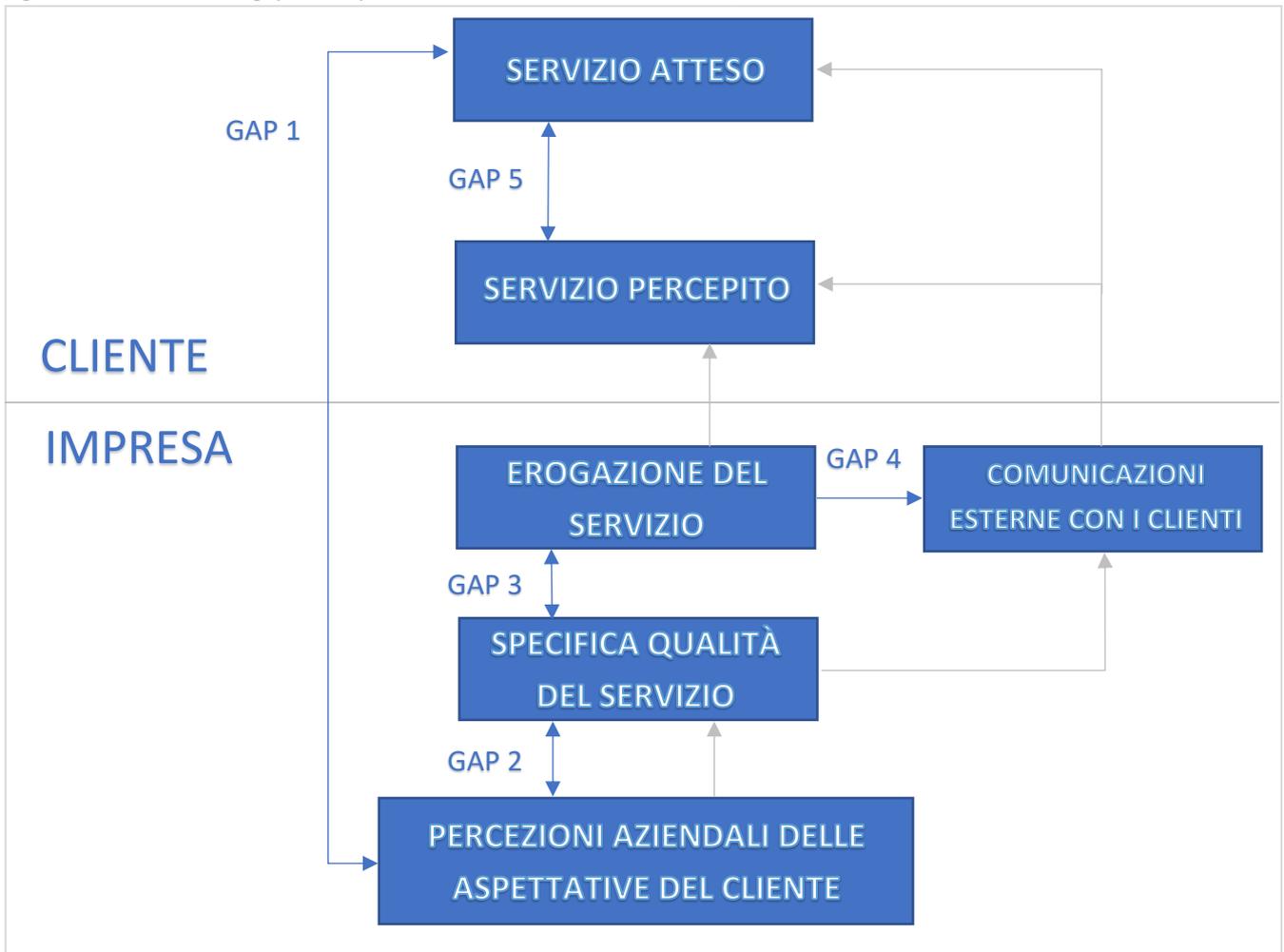
Il modello SERVQUAL è fondato sulla teoria dei *gap*, ossia la differenza fra percezione ed aspettative, mediata dall'effetto dei pesi che i clienti assegnano ad ogni dimensione della qualità. Gli ideatori del SERVQUAL individuano la soddisfazione come lo stato psicologico che deriva da un *gap* fra le attese del consumatore riguardo a un determinato servizio e la valutazione che ne viene fatta in seguito all'esperienza di consumo. Secondo questo modello, il consumatore valuta il servizio offerto mediante una combinazione delle seguenti cinque categorie (Parasuraman et al., 1988, 1991):

- gli *aspetti tangibili*, ovvero il giudizio di qualità espresso sull'insieme degli aspetti che riguardano le strutture fisiche, le attrezzature, il personale, gli strumenti di comunicazione;
- l'*affidabilità*, ovvero il giudizio espresso sulla capacità dell'impresa di organizzare e fornire il proprio servizio in maniera precisa, puntuale ed accorta;
- la *capacità di risposta*, che misura il giudizio dell'utente riguardo la prontezza con cui il personale eroga il servizio e la chiarezza con cui è in grado di fornire risposte ed informazioni, ed eventualmente rispondere a potenziali problematiche;
- la *capacità di rassicurazione*, che valuta il giudizio dell'utente riguardo ad altre capacità del personale come la cortesia, le competenze dimostrate e la capacità di trasmettere fiducia e sicurezza;
- l'*empatia*, ovvero la capacità dell'impresa di riconoscere i bisogni del singolo utente e di saperli soddisfare tramite un servizio personalizzato, specifico ed individuale.

Il questionario si compone di due serie di domande composte ognuna da 22 proposizioni o *items*, da raggruppare in base alle cinque categorie summenzionate. La prima serie va ad indagare le aspettative del consumatore in merito a una determinata categoria di servizi, mentre la seconda prende in esame la percezione del consumatore ed il suo giudizio riguardo al servizio in questione e all'azienda che ne ha effettuato l'erogazione. Per ogni *item* viene presentata una scala Likert di accordo o disaccordo, generalmente a 7 modalità di risposta.

Il modello SERVQUAL si configura non solo come un modello di misurazione, ma anche come un modello di marketing. Parasuraman et al. (1988, 1991) individuano cinque potenziali *gaps*, o divari, che possono portare a un riconoscimento di scarsa qualità nel servizio proposto da parte dei consumatori.

Figura 1.3: La teoria dei gap nella qualità dei servizi nel modello SERVQUAL



Fonte: Elaborazione basata su Parasuraman, Zeithaml, Berry (1988)

Gap 1: tra le aspettative del consumatore e la percezione della gestione dell'impresa

Questo *gap* si verifica quando la gestione non è in grado di percepire correttamente i bisogni dei consumatori; i fattori che possono condurre a questo divario possono essere la conduzione di insufficienti ricerche di mercato o la cattiva interpretazione delle informazioni ricevute riguardo alle esigenze della clientela.

Gap 2: tra la percezione della gestione dell'impresa e la specifica qualità del servizio

Questo *gap* si verifica se il produttore, pur interpretando correttamente i desideri del cliente, non è in grado di fornire un livello adeguato della performance del servizio in questione. Ciò può essere dovuto allo scarso impegno del personale, alla carenza di adeguate procedure di pianificazione o all'ambiguità dei servizi di progettazione.

Gap 3: tra la specifica qualità del servizio e l'erogazione del servizio offerto

Questo *gap* si manifesta se gli standard di servizio non vengono rispettati dall'azienda fornitrice. Può essere dovuto alla scarsa efficacia del reclutamento di personale, a un'inadeguata formazione del personale, a strategie inefficaci di marketing interno o al mancato abbinamento di domanda e offerta.

Gap 4: tra l'erogazione del servizio e il servizio di comunicazione al cliente

Questo *gap* si verifica in presenza di una gestione assente o carente delle aspettative dei consumatori, dovuta in particolare alle promesse eccessive compiute tramite la pubblicità o le dichiarazioni pubbliche dei vertici aziendali.

Gap 5: tra le aspettative del consumatore e il servizio offerto

Questo *gap* si verifica quando il cliente interpreta in modo erraneo il servizio di qualità e ciò genera una discrepanza fra attese e percezione della performance relativa al servizio in questione.

1.1.5 La qualità percepita nei servizi: il modello SERVPERF

L'approccio di Parasuraman, Zeithaml e Berry nell'affrontare i problemi legati alla qualità del servizio è stato contestato negli anni da molti ricercatori. Una forte critica fu mossa da Cronin Jr. e Taylor (1994) i quali sostennero che la qualità del servizio potesse essere rilevata tramite un indice basato solamente sulla percezione del consumatore, tralasciando i *gap* fra performance attesa e percepita sui quali era fondata la struttura del SERVQUAL.

Cronin Jr. e Taylor si accorsero dai risultati delle ricerche svolte che il modello SERVQUAL mostrava limitate possibilità di utilizzo in relazione a determinati ambiti, in quanto non tutte e cinque le dimensioni della qualità teorizzate da Parasuraman potevano essere adattate a qualsiasi categoria di servizi: in particolare la dimensione degli aspetti tangibili, che va ad indagare la percezione del cliente riguardo alle strutture fisiche e alle attrezzature messe a disposizione per l'erogazione del servizio, mal si adatta all'intera gamma di prestazioni che possono essere fornite da un ente. Fu inoltre dimostrato empiricamente come i rispondenti tendessero a sovrapporre aspettative e percezioni nella

loro valutazione del servizio, rendendo la compilazione del questionario inutilmente gravosa per gli intervistati e ad alto rischio di distorsioni nelle risposte.

Queste obiezioni al modello di Parasuraman portarono alla nascita di un modello alternativo – il SERVPERF – basato su 21 dei 22 *items* contenuti nel SERVQUAL e trattati in questo caso come variabili unidimensionali: il modello proposto da Cronin e Taylor va appunto ad indagare soltanto la percezione della prestazione ricevuta dal cliente, evitando di prendere in considerazione le aspettative. I due autori arguiscono che mentre la teoria a sostegno del modello SERVQUAL non ottiene sufficienti riscontri a livello teorico né tantomeno empirico, il SERVPERF si caratterizza per la sua praticità e utilità nell'ambito della misurazione dei livelli complessivi relativi alla qualità di un servizio.

1.1.6 La qualità percepita nei servizi: altri modelli

Parallelamente allo sviluppo di SERVQUAL e SERVPERF, ancora oggi due dei modelli più utilizzati nella misurazione della qualità percepita nei servizi, sono sorti ulteriori metodi di rilevazione volti a risolvere le critiche evidenziate nell'implementazione di entrambi.

Franceschini e Rossetto (1996) hanno proposto il modello del Qualitometro, in larga parte ispirato alle dimensioni della qualità teorizzate nel SERVQUAL ed utilizzato per valutare il mantenimento della qualità percepita nel corso del tempo. La particolarità di questo modello è che si compone di due diversi questionari: il primo raccoglie il giudizio sulla qualità attesa e va compilato dal consumatore *ex ante* (prima dell'erogazione del servizio), mentre il secondo rileva la qualità percepita *ex post* (dopo l'erogazione del servizio). In questo modo è possibile eliminare il rischio di distorsione dovuto alla compilazione in successione dei due questionari prevista dal SERVQUAL, spesso causa di confusione fra gli intervistati.

Nel corso degli anni '80 si sviluppa inoltre il modello di Kano, descritto dal suo ideatore come *“un utile strumento per classificare ed assegnare le corrette priorità ai bisogni dei consumatori (...) Il modello analizza la relazione non lineare tra le performance di un prodotto/servizio e la soddisfazione dei consumatori”* (Kano, 1984).

Kano attribuisce a prodotti e servizi cinque diverse categorie di requisiti:

- *must-be requirements*, attributi che i consumatori si aspettano tacitamente e che provocano in essi grande scontento quando vengono meno. La loro presenza non induce un aumento notevole della soddisfazione dei clienti;
- *one-dimensional requirements*, attributi di un prodotto richiesti dai consumatori, il cui grado di soddisfazione aumenta linearmente in caso di loro presenza;
- *attractive requirements*, attributi inaspettati dai consumatori e che influenzano in modo esponenziale la loro soddisfazione, ma non provocano insoddisfazione se assenti;
- *indifferent requirements*, attributi che non provocano interesse nei consumatori e di cui conviene fare a meno per contenere il moltiplicarsi dei costi;
- *reverse requirements*, attributi di un prodotto o servizio che il consumatore non desidera.

L'insieme di questi requisiti descrive il comportamento dei clienti e permette di indagare come ogni attributo del prodotto o servizio va a soddisfare le loro attese pregresse.

Il modello di Kano presenta come limite fondamentale il suo essere fondato quasi totalmente su basi teoriche, mancando di giustificazione a livello empirico in quanto la sua espressione non permette una valutazione quantitativa della qualità percepita. Diversi ricercatori hanno tentato nel tempo di ovviare a questa mancanza sviluppando modelli ed indici alternativi che prendono le mosse dalla teoria alla base del modello di Kano: il più famoso fra questi è l'Analytical Kano (o A-Kano), introdotto da Xu Qianli nel 2009.

1.2 La qualità percepita negli ospedali

Contrariamente a quanto avviene in molti paesi esteri, dove le indagini di *customer satisfaction* sono gestite e regolamentate da organizzazioni governative, in Italia il compito di autocertificarsi è lasciato a ogni singola struttura ospedaliera. La gestione di questo tipo di rilevazioni da parte di personale spesso privo della formazione e dell'esperienza necessaria ha portato ad incoerenze nella definizione degli obiettivi d'indagine, nella formulazione dei questionari e nell'utilizzo e presentazione dei risultati veri e propri.

Nel 2006 l'Agencia Sanitaria Regionale della Regione Emilia-Romagna ha cercato di fornire una metodologia comune a tutti coloro che intendessero compiere un'analisi di qualità percepita all'interno di un ospedale patrocinando un progetto che ha portato alla stesura di un dossier, *La qualità percepita in Emilia-Romagna*, al quale hanno contribuito quasi cinquanta dirigenti ed amministratori di strutture ospedaliere del Nord e Centro Italia. All'interno di questa pubblicazione, gli autori Calderone, Capizzi, Nicoli e Sturlese (2006) evidenziano i seguenti limiti di rilevazione relativi al particolare contesto aziendale di una struttura sanitaria:

- problemi relativi al campionamento (rappresentatività, selezione ed autoselezione);
- rigidità e superficialità dello strumento di rilevazione;
- rischio di condizionamento psicologico;
- attenzione per il solo livello percettivo (in quanto mancano l'analisi delle aspettative, del vissuto ospedaliero e dell'esperienza e la possibilità di controllare i fattori che influenzano aspettative e percezione);
- scarsa affidabilità metodologica delle diverse fasi della rilevazione.

Nel contesto di qualsiasi azienda sanitaria è molto difficile costruire campioni rappresentativi dal punto di vista statistico, in particolare a causa della difficoltà di raggiungere la numerosità campionaria richiesta (soprattutto nelle unità operative con minore *turnover*) e dell'impossibilità di produrre un campione del tutto casuale dovendo limitare per motivi principalmente economici l'indagine ad un preciso periodo dell'anno.

1.2.1 Le dimensioni della qualità indagate

Per quanto riguarda i questionari da somministrare a pazienti che hanno subito un periodo di degenza all'interno della struttura ospedaliera, Calderone et al. (2006) hanno individuato quattro macroaree nelle quali vanno ad inserirsi le dimensioni della qualità della soddisfazione del paziente rispetto al servizio ricevuto. Le quattro aree di indagine vanno ad indagare le problematiche relative al personale, gli aspetti organizzativi della

struttura, le problematiche relative agli ambienti di degenza e i servizi di contorno ricevuti durante il periodo di ricovero.

Tabella 1.1: Le dimensioni della qualità percepita nei reparti

RICOVERO E CURA IN OSPEDALE	
AREE DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ INDAGATA
Personale (sia medico che infermieristico)	<ul style="list-style-type: none"> - gentilezza - disponibilità all'ascolto - capacità di fornire informazioni su diagnosi e rischi - terapia del dolore
Aspetti organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> - tempi di attesa - integrazione fra servizi diversi - informazioni rese disponibili
Ambienti	<ul style="list-style-type: none"> - qualità e cura degli ambienti - igiene generale - igiene dei bagni - disponibilità dei bagni e di altri servizi igienici - temperatura delle stanze - tranquillità - disponibilità di spazio nelle camere
Servizi di contorno	<ul style="list-style-type: none"> - qualità del cibo - quantità del cibo - varietà del menu - comodità dei letti - orari dei pasti

Se l'indagine effettuata deve invece indagare la qualità di una prestazione specialistica erogata presso un ambulatorio, cambiano di conseguenza le dimensioni della qualità che andranno a comporre le domande del questionario. Le quattro macroaree individuate a questo proposito si riferiscono alla prenotazione della prestazione, alle problematiche relative all'accesso alla struttura, all'erogazione della prestazione e alla sua refertazione.

Tabella 1.2: Le dimensioni della qualità percepita negli ambulatori

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
AREE DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ INDAGATA
Prenotazione	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni su come si sarebbe svolta la prestazione - tempo di attesa per ottenere la prenotazione
Accesso	<ul style="list-style-type: none"> - accessibilità alla struttura (disponibilità di parcheggi, segnaletica) - tempo di attesa prima di entrare per appuntamento/visita
Erogazione della prestazione	<ul style="list-style-type: none"> - igiene degli ambienti - <i>comfort</i> - tempo dedicato al professionista - informazioni su diagnosi e condizioni di salute - informazioni sulle terapie da seguire a casa - informazioni sugli esami - informazioni sugli eventuali rischi legati all'esecuzione dell'esame - rispetto della <i>privacy</i> - gentilezza e cortesia del personale - tempo di attesa per il pagamento del <i>ticket</i> - terapia del dolore
Refertazione	<ul style="list-style-type: none"> - tempo d'attesa per ottenere il referto

Un buon questionario, oltre ad includere domande specifiche sulle caratteristiche socio-anagrafiche dell'intervistato (sesso, età, titolo di studio, condizione professionale...) va a sviluppare ognuna delle aree di indagine in una sezione tematica che consta di una serie di domande, partendo da valutazioni generali per entrare sempre più nello specifico. Per la valutazione di ogni singolo *item* è opportuno utilizzare una scala bilanciata a 4 o 6 modalità, equamente suddivise fra giudizi positivi e negativi, in modo da obbligare l'utente a fornire una valutazione positiva o negativa del servizio ricevuto evitando giudizi neutri; nel caso in cui non sia espressamente richiesta una valutazione complessiva

dell'area di indagine in questione, può essere lasciata al paziente la possibilità di non esprimersi.

1.2.2 La somministrazione del questionario

La rilevazione dei dati può essere effettuata tramite intervista telefonica (CATI), autosomministrazione in ospedale con riconsegna del questionario al momento della dimissione o tramite invio del questionario a domicilio con riconsegna tramite mezzo posta. A causa delle difficoltà che si potrebbero riscontrare nel reperimento dei numeri di telefono e/o degli indirizzi dei pazienti, dai quali bisognerebbe peraltro raccogliere preventivamente la liberatoria per il loro utilizzo a scopo di indagine, la modalità più utilizzata è quella dell'autosomministrazione in ospedale.

Al fine di stimolare l'utenza a collaborare all'indagine, è buona norma consegnare il questionario al paziente assieme a una lettera che spieghi in modo conciso gli obiettivi della rilevazione. Nel caso di degenti che abbiano subito un ricovero di uno o più giorni, il questionario va consegnato il giorno prima della dimissione e ritirato al momento della presentazione della lettera di dimissioni per garantire buoni livelli di ritorno senza compromettere la qualità dei risultati; se invece si tratta di pazienti a cui sia stata erogata una prestazione specialistica in ambulatorio, il questionario va consegnato a prestazione ricevuta con l'indicazione di compilarlo e depositarlo in un'apposita urna collocata in un'area ben visibile all'interno dell'unità operativa.

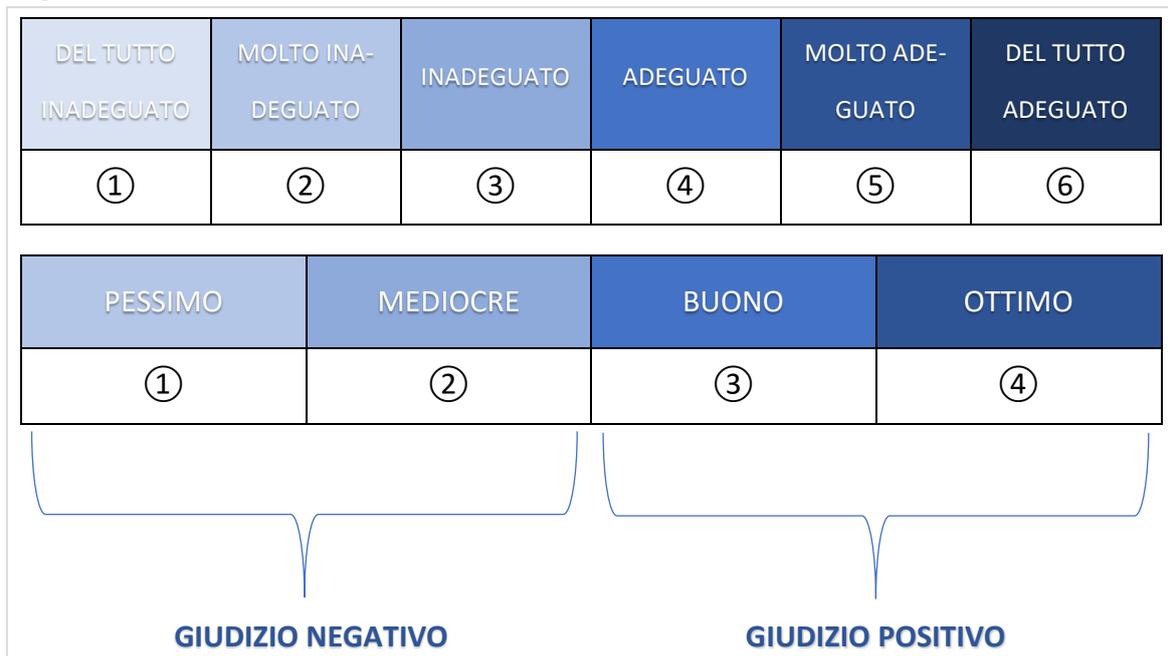
Per motivi organizzativi ed economici, la rilevazione è di norma effettuata non sull'intera popolazione di pazienti ricoverati bensì su un campione di utenti; la dimensione campionaria verrà calcolata in base al numero di persone ricoverate nell'anno precedente al periodo di indagine. La rilevazione non è di solito continuativa sull'arco temporale di un anno, ma può prendere in considerazione uno o più periodi definiti (della durata indicativa di 2/3 mesi, eventualmente da ripetere due volte l'anno) e stabiliti durante la fase di preparazione.

Il campione andrà eventualmente stratificato in base alle unità operative di ogni struttura. Per ottenere risultati che permettano confronti attendibili fra unità operative, va determinata a priori la quota di questionari compilati da ottenere per ogni singolo reparto o ambulatorio; se non si riesce a raggiungere almeno un certo numero per ogni organismo coinvolto nella rilevazione, potrebbe essere opportuno non inserire queste unità all'interno del piano di campionamento.

1.2.3 L'elaborazione dei risultati

Dalla struttura del questionario otteniamo una valutazione del servizio nel suo complesso, di ciascuna delle sue aree di indagine e di ogni singolo aspetto che compone le varie sezioni tematiche. I dati possono essere elaborati mantenendo distinte le possibili opzioni di risposta o aggregandole in categorie, egualmente divise in "opzioni di giudizio positivo" e "opzioni di giudizio negativo".

Figura 1.4: L'elaborazione dei risultati



Fonte: Elaborazione basata su Calderone, Capizzi, Nicoli, Sturlese (2006)

I dati ottenuti possono essere utilizzati per effettuare diversi tipi di elaborazioni statistiche, quali possono essere analisi di tipo descrittivo (distribuzioni di frequenze media,

moda, mediana...), di tipo bivariato (correlazioni di variabili, regressioni lineari...) o di tipo multivariato (regressione multipla e logistica, *cluster analysis*).

Per comprendere i punti di forza e di debolezza del servizio proposto, può essere opportuno realizzare una mappa delle priorità. Essa consiste nel posizionare all'interno di un piano cartesiano le diverse dimensioni della qualità percepita in base al loro scostamento sia dalla soddisfazione che dall'importanza ad esse attribuita dal paziente. Il grafico che ne risulta viene suddiviso nelle seguenti quattro aree:

- *area di presidio*, composta dagli elementi che hanno ottenuto per gli intervistati giudizi positivi a livello sia di importanza che di soddisfazione. L'insieme di questi elementi rappresenta i punti di eccellenza del servizio;
- *area di valorizzazione*, composta dagli elementi a cui gli intervistati hanno attribuito giudizi positivi uniti a un livello più basso di importanza. Su questi aspetti è necessario che l'azienda implementi delle strategie di valorizzazione e sensibilizzazione per fare in modo che i clienti attribuiscono loro una maggiore importanza;
- *area di investimento prioritario*, composta dagli elementi che i pazienti ritengono particolarmente importanti e che hanno ottenuto bassi livelli di gradimento. È importante agire su questi aspetti in modo prioritario, attivando opportune azioni di miglioramento.
- *area di miglioramento*, composta dagli elementi che hanno ottenuto un giudizio complessivamente negativo ma non ritenuti dai pazienti particolarmente importanti. Anche su questi elementi del servizio vanno attivate opportuni correttivi, ma solo in subordine alle azioni prioritarie.

Figura 1.5: La mappa delle priorità



Fonte: Elaborazione basata su Calderone, Capizzi, Nicoli, Sturlese (2006)

1.3 Ricerche affini

1.3.1 Azienda ULSS 22, Regione Veneto (2013)

L'Azienda Unità Locale Sociosanitaria 22 è situata nella parte settentrionale della provincia di Verona e comprende le strutture ospedaliere di Bussolengo, Isola della Scala, Malcesine, Villafranca e il centro polifunzionale di Caprino Veronese.

Da diversi anni questa struttura ha deciso di rendere pubblici tramite il proprio sito Internet i risultati della propria analisi della soddisfazione dei propri utenti, che si divide in un questionario di valutazione dei servizi di ricovero presso i vari reparti e un questionario di valutazione della qualità dei servizi ambulatoriali, più altre indagini minori e non affini allo scopo della nostra ricerca. I risultati vengono uniti in due report, intitolati *La sua esperienza in ospedale* e *I servizi ambulatoriali visti dagli utenti* (Fasoli e Beghini, 2013)

Nella rilevazione effettuata durante l'anno 2013, hanno preso parte all'indagine 18 reparti e 20 ambulatori; due reparti sono stati però rimossi dall'elaborazione a causa del numero troppo basso di questionari ricevuti. Per quanto riguarda la rilevazione relativa ai reparti, il campione è composto da 927 pazienti interpellati di cui 758 hanno riconsegnato il questionario (tasso di adesione dell'81,8%), mentre per quanto riguarda gli ambulatori sono stati ricevuti 1478 questionari su un campione di 2895 pazienti (tasso di adesione del 51,1%).

Il questionario relativo all'esperienza di degenza in reparto è composto da 33 domande, sei delle quali riguardano determinate caratteristiche socio-anagrafiche del rispondente (sesso, età, titolo di studio, comune di residenza, motivi della scelta del reparto, tipo di ricovero). Sono stati rilevati i seguenti aspetti (Fasoli e Beghini, 2013):

Tabella 1.3: Le dimensioni della qualità percepita nei reparti, Azienda ULSS 22

RICOVERO E CURA IN OSPEDALE	
AREE DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ INDAGATA
Valutazione dell'accoglienza in ospedale	<ul style="list-style-type: none"> - chiarezza della segnaletica - semplicità delle procedure di accettazione - informazioni ricevute in reparto - tempi di attesa
Valutazione dei servizi alberghieri	<ul style="list-style-type: none"> - comfort della stanza - pulizia della stanza - comfort dei servizi igienici - pulizia dei servizi igienici - qualità del cibo - quantità del cibo - orario dei pasti
Valutazione dell'assistenza e delle relazioni con il personale medico	<ul style="list-style-type: none"> - chiarezza delle informazioni ricevute - completezza delle informazioni ricevute - disponibilità nel rispondere ai bisogni - cortesia

Prosegue nella pagina successiva

	<ul style="list-style-type: none"> - frequenza delle visite - rispetto della privacy
Valutazione dell'assistenza e delle relazioni con il personale infermieristico	<ul style="list-style-type: none"> - chiarezza delle informazioni ricevute - completezza delle informazioni ricevute - disponibilità nel rispondere ai bisogni - cortesia - frequenza delle visite - rispetto della privacy
Valutazione delle informazioni ricevute al momento della dimissione	<ul style="list-style-type: none"> - tempo di attesa per ricevere la lettera di dimissione - informazioni ricevute - indicazione dei servizi territoriali a cui rivolgersi per la prosecuzione dell'assistenza a domicilio - aiuto nella consegna dei relativi moduli

Il questionario relativo all'erogazione di prestazioni ambulatoriali è invece composto da 27 domande. La rilevazione ha riguardato i seguenti aspetti (Fasoli e Beghini, 2013):

Tabella 1.4: Le dimensioni della qualità percepita negli ambulatori, Azienda ULSS 22

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
AREE DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ INDAGATA
Caratteristiche socio-anagrafiche del paziente	<ul style="list-style-type: none"> - età - sesso - motivi della scelta del servizio
Giudizio sulla prenotazione della visita	<ul style="list-style-type: none"> - orario di prenotazione - facilità di trovare la linea telefonica libera - cortesia e disponibilità del personale addetto alle prenotazioni - informazioni ricevute dal personale addetto alle prenotazioni
Giudizio sull'accesso al servizio	<ul style="list-style-type: none"> - segnaletica predisposta per accedere al servizio - cortesia e disponibilità del personale di sportello - informazioni ricevute dal personale di sportello

Prosegue nella pagina successiva

	<ul style="list-style-type: none"> - comfort del locale adibito a sala d'attesa - tempo d'attesa
Giudizio sull'esecuzione della visita	<ul style="list-style-type: none"> - cortesia e disponibilità degli infermieri - assistenza ricevuta dagli infermieri - cortesia e disponibilità del personale medico - assistenza ricevuta dal personale medico - informazioni ricevute dal personale medico sull'esito della visita/esame - rispetto della privacy - indicazioni ricevute su come comportarsi in seguito

Il questionario è stato somministrato ai pazienti ospedalieri tramite il metodo dell'auto-compilazione da effettuare presso la struttura.

1.3.2 Azienda USL di Imola, Regione Emilia-Romagna (anno 2006)

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola copre i territori di dieci comuni della provincia di Bologna (per un totale di circa 130 000 residenti) e fa capo alle strutture ospedaliere di Imola (Santa Maria della Scaletta) e Castel San Pietro Terme.

Alla rilevazione di qualità percepita effettuata nell'anno 2006, cui ha fatto seguito il report *La qualità percepita: analisi sul ricovero ospedaliero nell'Azienda USL di Imola*, hanno preso parte 1 064 pazienti su un campione di 2 269 intervistati (per un tasso di ritorno del 46,9%); la popolazione d'esame, o campione di riferimento, corrisponde a tutti i pazienti dimessi da Unità Operative con degenza ordinaria, dal 1° ottobre al 31 dicembre, con minimo tre giorni di ricovero (Pirazzoli, Padovani e Dell'Orto, 2006).

Il questionario si compone di una prima parte volta ad indagare le caratteristiche socio-anagrafiche della clientela (sesso, età, titolo di studio) e una seconda parte composta da 30 domande suddivise nelle seguenti sei aree tematiche (Pirazzoli, Padovani e Dell'Orto, 2006):

Tabella 1.5: Le dimensioni della qualità percepita nei reparti, Azienda USL di Imola

RICOVERO E CURA IN OSPEDALE	
AREE DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ INDAGATA
Qualità delle relazioni con medici e infermieri	<ul style="list-style-type: none"> - gentilezza dei medici - gentilezza degli infermieri - disponibilità dei medici - disponibilità degli infermieri - attenzione dei medici ai problemi del paziente - attenzione degli infermieri ai problemi del paziente - considerazione del paziente - rispetto della privacy
Qualità e chiarezza delle informazioni ricevute	<ul style="list-style-type: none"> - facilità di comprensione del linguaggio dei medici - informazioni ricevute sui benefici del trattamento - informazioni ricevute sui disturbi del trattamento - informazioni ricevute sui condizionamenti nella vita quotidiana - informazioni ricevute sulla terapia a casa
Coinvolgimento di pazienti e familiari	<ul style="list-style-type: none"> - coinvolgimento nelle decisioni su esami e terapie - possibilità di parlare coi medici da parte dei familiari
Aspetti organizzativi e strutturali	<ul style="list-style-type: none"> - collaborazione tra medici del reparto e medico di famiglia - collaborazione tra reparti e servizi ospedalieri - numero professionisti presenti in reparto - attenzione e trattamento in pronto soccorso prima del ricovero - possibilità parcheggio - raggiungimento ospedale con i mezzi pubblici - segnaletica interna - pulizia degli ambienti - silenzio dell'ambiente - qualità e quantità dei pasti - orario di visita dei familiari

Prosegue nella pagina successiva

Informazione e trattamento del dolore	<ul style="list-style-type: none"> - soddisfazione informazione sul trattamento del dolore - soddisfazione trattamento per il dolore
Durata della degenza ed esito delle cure	<ul style="list-style-type: none"> - adeguatezza periodo di degenza - cambiamento delle condizioni di salute

È opportuno precisare che il questionario è stato somministrato tramite modalità postale, con invio a casa 15 giorni dopo la dimissione, accompagnato da una lettera di presentazione a firma del Direttore Generale (Pirazzoli, Padovani e Dell’Orto, 2006). Il consenso all’utilizzo dell’indirizzo a scopo di indagine è stato raccolto da una figura professionale individuata da ogni reparto, che ha consegnato ad ogni paziente un’ulteriore lettera di presentazione e la busta preaffrancata per il rinvio. Per aumentare la percentuale di adesione all’iniziativa è stato adottato il modello del richiamo telefonico a due settimane dalla dimissione: in totale sono stati raccolti 1 064 questionari ritenuti validi, ossia compilati anche solo parzialmente, sui 2 269 consegnati (tasso di ritorno del 47%).

1.3.3 Azienda ULSS 15 – Alta Padovana, Regione Veneto (anno 2015)

Un’indagine affine è stata svolta anche dall’Unità Locale Sociosanitaria 15 della Regione Veneto, corrispondente al territorio di 28 comuni della zona settentrionale della provincia di Padova e costituita dalle strutture ospedaliere di Cittadella e Camposampiero per una popolazione pari a 260 000 utenti potenziali.

La rilevazione, svolta nel mese di novembre dell’anno 2015, ha coinvolto i servizi di degenza di 25 presidi ospedalieri ed è stata effettuata tramite un questionario autocompilato presso la struttura da parte dei pazienti ricoverati in regime ordinario e che abbiano trascorso almeno una notte in ospedale (URP Azienda ULSS 15, 2015). Sono stati raccolti 622 questionari sui 643 distribuiti (tasso di ritorno del 96,7%); fra questi, sono stati considerati validi agli scopi dell’indagine solo i 585 questionari che presentavano una percentuale di compilazione dei singoli *item* superiore al 75%.

Il questionario, destinato a tutti i pazienti ricoverati in regime ordinario e che hanno trascorso almeno una notte in ospedale, si compone di una prima parte atta a rilevare le caratteristiche del campione (Presidio Ospedaliero in cui si è svolta l'indagine, modalità di accesso e di somministrazione del questionario, precedenti ricoveri, sesso, età e livello d'istruzione dei rispondenti) e di una seconda composta da 29 item raggruppati nelle seguenti nove macroaree (URP Azienda ULSS 15, 2015):

Tabella 1.6: Le dimensioni della qualità percepita nei reparti, Azienda ULSS 15

RICOVERO E CURA IN OSPEDALE	
AREE DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ INDAGATA
Accoglienza	<ul style="list-style-type: none"> - tempo di attesa - informazioni ricevute prima del ricovero - materiale informativo ricevuto al momento del ricovero
Personale medico	<ul style="list-style-type: none"> - gentilezza e cortesia - disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti - informazioni fornite - tempo dedicato
Personale infermieristico	<ul style="list-style-type: none"> - gentilezza e cortesia - disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti - capacità di mettere il paziente a proprio agio - disponibilità a fornire chiarimenti
Privacy	<ul style="list-style-type: none"> - rispetto della privacy
Aspetti organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> - collaborazione fra il personale del reparto - comunicazione tra il reparto e altri servizi o reparti dell'ospedale - orari di visita
Ambienti	<ul style="list-style-type: none"> - manutenzione dei locali - pulizia delle stanze e dei servizi igienici - temperatura del reparto - tranquillità del reparto - disponibilità di spazio nelle camere

Prosegue nella pagina successiva

Servizi alberghieri	<ul style="list-style-type: none"> - qualità del cibo - possibilità di scelta nel menu - orari dei pasti - igiene della biancheria dei letti - comodità dei letti
Dimissioni	<ul style="list-style-type: none"> - cure da eseguire - controlli successivi da effettuare - personale a cui rivolgersi
Valutazione complessiva	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione complessiva del servizio

1.3.4 Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, Regione Basilicata (anno 2016)

L'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo rappresenta la struttura di riferimento all'interno del Sistema Sanitario Regionale della Basilicata. È costituita dalle strutture ospedaliere "San Carlo" di Potenza e "San Francesco di Paola" di Pescopagano nella Lucania nord-orientale.

L'indagine di qualità presa in esame è quella relativa all'anno 2016: in essa sono stati presi in esame i servizi di diciannove unità operative, per un totale di 1 560 questionari compilati. Le interviste sono state effettuate mediante intervista telefonica, garantendo agli intervistati il completo anonimato.

Il questionario si compone di tredici domande – di cui dodici a scelta multipla e una aperta, seguite da una seconda sezione dove sono state raccolte informazioni di tipo anagrafico (sesso, età, livello d'istruzione e area geografica di provenienza degli intervistati). Gli ambiti di indagine presi in considerazione sono i seguenti (URP AOR San Carlo, 2016):

Tabella 1.7: Le dimensioni della qualità percepita nei reparti, AOR San Carlo

RICOVERO E CURA IN OSPEDALE	
AREE DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ INDAGATA
Accoglienza nel reparto	<ul style="list-style-type: none"> - gentilezza e cortesia - informazioni ricevute al momento del ricovero
Comunicazione con il personale medico	<ul style="list-style-type: none"> - gentilezza e cortesia - disponibilità all'ascolto - qualità delle informazioni ricevute
Comunicazione con il personale infermieristico	<ul style="list-style-type: none"> - gentilezza e cortesia - disponibilità all'ascolto - disponibilità all'assistenza
Trattamento alberghiero	<ul style="list-style-type: none"> - pulizia degli ambienti - comfort delle stanze - tranquillità del reparto - qualità e orari dei pasti
Aspetti organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni ricevute al momento della dimissione

Ogni domanda a risposta multipla è stata valutata su una scala a cinque modalità (pessimo, insufficiente, sufficiente, buono, ottimo).

1.3.5 Ospedale M. G. Vannini, Regione Lazio (anno 2017)

L'ultima rilevazione che prendiamo in considerazione per quanto riguarda il territorio nazionale è quella effettuata nel 2017 presso le strutture ambulatoriali dell'ospedale religioso "Madre Giuseppina Vannini" di Roma, gestito dall'istituto religioso delle Figlie di San Camillo, situato nel quartiere del Pigneto ed attivo all'interno della realtà sanitaria romana da numerosi decenni.

L'indagine è stata condotta nell'arco di tutto l'anno 2017 ed ha coinvolto 976 pazienti di cinque diversi ambulatori. La definizione dei questionari è stata curata dal Direttore Sanitario in collaborazione con il Referente dell'Ufficio Qualità (SGQ Ospedale Vannini, 2017). Il questionario messo a punto è composto da una prima sezione volta a rilevare il profilo socio-anagrafico dei rispondenti (età, sesso) e una seconda, composta da 17

domande a scelta multipla valutabili secondo una scala a 4 modalità (pessimo, insoddisfacente, soddisfacente, ottimo) e la possibilità di esprimere l'opzione "non saprei". Un'ultima modalità ha richiesto all'intervistato di esprimere un giudizio complessivo sui servizi erogati.

Sono stati indagati i seguenti aspetti:

Tabella 1.8: Le dimensioni della qualità percepita nei reparti, Ospedale M. G. Vannini

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
AREE DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ INDAGATA
Accesso al servizio	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni - segnaletica - telefoni - sede di pagamento - coda allo sportello - tempi di prenotazione - tempi di attesa
Qualità della relazione con il personale medico	<ul style="list-style-type: none"> - gentilezza e cortesia nei rapporti - disponibilità all'ascolto - informazioni ricevute
Qualità della relazione con il personale medico	<ul style="list-style-type: none"> - cortesia - gentilezza - informazioni ricevute
Qualità delle strutture preposte	<ul style="list-style-type: none"> - servizi igienici - sala d'attesa - pulizia degli ambienti
Valutazione complessiva	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione complessiva del servizio

I questionari sono stati somministrati ai pazienti con la modalità dell'autocompilazione (da svolgersi in autonomia o con l'aiuto di un familiare immediatamente prima alla di-

missione) e raccolti tramite apposite cassette posizionate negli ambulatori dell'ospedale; i responsabili dell'Ufficio Qualità hanno provveduto periodicamente a raccogliere i questionari.

1.3.6 Basque Health Care Service (Osakidetza), Spagna (anno 2002)

Andiamo adesso ad esaminare due casi di indagini svolte in contesti stranieri. Il primo riguarda una rilevazione commissionata nel 2002 da Osakidetza (l'istituto che si occupa della sanità pubblica nella Comunità Autonoma dei Paesi Baschi, Spagna) con l'obiettivo di valutare la qualità percepita dei reparti di quattro ospedali generali presenti sul territorio (Bilbao, Cruces, Galdakao e Vitoria-Gasteiz).

L'indagine ha riguardato un campione di 650 pazienti maggiorenni dimessi dai reparti medici e chirurgici di ciascun ospedale nei mesi di febbraio e marzo 2002, per un totale di 2 600 questionari distribuiti di cui ne sono stati raccolti compilati 1 910 (per un tasso di ritorno del 73,5%). I questionari sono stati formulati sulla base di un progetto cominciato nell'anno 2000, che ha coinvolto ben otto *focus groups* di pazienti e due di professionisti della sanità allo scopo di individuare gli aspetti positivi e negativi percepiti durante il periodo di degenza presso una struttura ospedaliera.

I questionari sono stati somministrati con il metodo dell'autocompilazione via posta. Una prima lettera, contenente il questionario, una busta preaffrancata per il rinvio e una comunicazione dell'ente all'intervistato per garantire l'anonimato e stimolare la sua partecipazione all'indagine è stata spedita ai pazienti dopo quindici giorni dalla dimissione; a questa ha fatto seguito una seconda lettera (detta di *follow-up*) inviata due settimane dopo, e un ulteriore rinvio del questionario a coloro i quali non l'avessero restituito compilato entro quindici giorni dal primo richiamo. Dei 1 910 pazienti che hanno aderito all'indagine, il 52,4% ha risposto alla prima lettera, il 27,2% dopo aver ricevuto il primo richiamo e il restante 20,4% dopo aver ricevuto il secondo richiamo.

Il questionario finale è composto di 34 domande, strutturate nelle seguenti sei macroaree di indagine (Quintana et al., 2006):

Tabella 1.9: Le dimensioni della qualità percepita nei reparti, Basque Health Care Service (Osakidetza)

RICOVERO E CURA IN OSPEDALE	
AREE DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ INDAGATA
<i>Information & Medical Care</i>	<ul style="list-style-type: none"> - cortesia del personale medico - gentilezza del personale medico - informazioni fornite dal personale medico - spiegazioni ricevute prima, durante e dopo il periodo di degenza - ascolto delle domande del paziente - utilizzo di termini tecnici - giudizio sulla lettera di dimissioni
<i>Nursing Care</i>	<ul style="list-style-type: none"> - cortesia del personale infermieristico - empatia del personale infermieristico - professionalità del personale infermieristico - ascolto delle domande del paziente - spiegazioni ricevute durante il periodo di degenza - ricevimento o meno di ordini contraddittori
<i>Comfort</i>	<ul style="list-style-type: none"> - condizioni della stanza e della struttura ospedaliera - qualità del cibo - tranquillità della stanza e del sonno
<i>Visiting</i>	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione degli orari di visita - tempo speso all'interno della stanza - quantità di visitatori - disturbo o meno del visitatore da parte dello staff
<i>Privacy</i>	<ul style="list-style-type: none"> - privacy in accesso agli esami - privacy durante lo svolgimento degli esami
<i>Cleanliness</i>	<ul style="list-style-type: none"> - pulizia della stanza - pulizia dei servizi igienici

Sono stati esclusi dalla rilevazione i pazienti del Dipartimento di Neurologia, in quanto una parte consistente soffre di patologie del sistema nervoso centrale che avrebbero potuto ostacolare o impedire la partecipazione allo studio. Allo stesso modo si è deciso di non includere nel campione pazienti con patologie fisiche e mentali tali da impedire la comprensione e la compilazione in autonomia del questionario.

1.3.7 Ministry of Health's Patient Satisfaction Survey, Singapore (anno 2015)

Nella città-stato di Singapore le indagini relative alla qualità percepita sono gestite dal Ministero della Salute, che dal 2004 organizza una rilevazione annuale all'interno dei reparti di sette strutture ospedaliere e degli ambulatori di diciassette policlinici facenti capo all'organizzazione centrale.

La rilevazione è subappaltata a una società esterna che si occupa della formulazione del questionario e della sua somministrazione; i dati vengono raccolti mediante interviste condotte faccia a faccia o al telefono. Alla rilevazione effettuata nell'anno 2015 hanno preso parte 12 469 individui, selezionati tramite campionamento casuale fra i pazienti delle strutture ospedaliere nel periodo corrispondente al quadrimestre novembre 2015/febbraio 2016.

Il questionario si compone di 22 domande per la parte dedicata ai reparti e 20 domande per la parte dedicata agli ambulatori, assieme a una seconda sezione (comune a tutte le tipologie) dove vengono indagati sesso, età, nazionalità e periodo di vista di ogni paziente. Le modalità d'interesse indagate sono raccolte nelle sette aree di indagine che seguono (MOH Singapore, 2016):

Tabella 1.10: Le dimensioni della qualità percepita nei reparti, MOH Singapore

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E RICOVERO IN OSPEDALE	
AREE DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ INDAGATA
<i>Doctors</i>	<ul style="list-style-type: none"> - conoscenze del personale medico - disponibilità del personale medico - spiegazioni offerte dal personale medico
<i>Nurses</i>	<ul style="list-style-type: none"> - conoscenze del personale infermieristico - disponibilità del personale infermieristico - spiegazioni offerte dal personale infermieristico
<i>Allied Health Professionals</i>	<ul style="list-style-type: none"> - conoscenze degli operatori delle professioni sanitarie - disponibilità degli operatori delle professioni sanitarie - spiegazioni offerte dagli operatori delle professioni sanitarie
<i>Care Coordination</i>	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni relative al trasferimento dei pazienti - coordinamento dell'assistenza - informazioni al momento delle dimissioni (solo per i reparti)
<i>Facilities</i>	<ul style="list-style-type: none"> - pulizia degli ambienti - manutenzione delle strutture - facilità di orientamento
<i>Waiting Times</i>	<ul style="list-style-type: none"> - tempo di attesa per vedere il dottore - tempo di attesa per accedere alle medicine - tempo di attesa per accedere al posto letto (solo per i reparti) - tempo di attesa tra un appuntamento e l'altro
<i>Billing Issues</i>	<ul style="list-style-type: none"> - spiegazioni relative alla fatturazione - spiegazioni relative ai metodi di pagamento - spiegazioni relative all'assistenza finanziaria

Il sondaggio include inoltre una valutazione generale su quattro aspetti importanti: il livello di soddisfazione complessiva, il livello di rispetto delle aspettative, la disponibilità a raccomandare la struttura e il rapporto qualità-prezzo. È necessario precisare che a

Singapore l'assistenza sanitaria anche pubblica è in parte a carico del paziente, anche se il governo propone ai propri residenti un piano di sussidi che copre parte delle spese.

1.4 Esperienza presso l'Azienda Ospedaliera di Padova

La procedura di analisi trattata in questa tesi segue l'esperienza di stage vissuta durante i primi quattro mesi del 2017 presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliera di Padova: lo stage era funzionale alla gestione della rilevazione della qualità percepita presso i reparti e gli ambulatori della struttura ospedaliera. Questa indagine viene compiuta dall'azienda con cadenza annuale e si prefigge lo scopo di monitorare la qualità del servizio offerto e di renderlo sempre più in linea con le esigenze e le aspettative dell'utenza.

Durante il periodo di stage sono stati raccolti 5 523 questionari all'interno di 68 unità operative. Per motivi che saranno approfonditi nel corso dell'indagine, si è deciso di ridurre il numero delle unità operative prese in considerazione a 38 (16 reparti, 16 ambulatori, 6 reparti pediatrici). La popolazione d'esame è suddivisa in strati che corrispondono alle unità operative in questione e da cui è stato poi estratto il campione di riferimento.

Gli obiettivi che si prefigge questa analisi risultano essere:

- indagare la qualità percepita all'interno di reparti e ambulatori dell'Azienda Ospedaliera di Padova;
- misurare il gradimento dei singoli aspetti che caratterizzano l'offerta erogata dalla struttura;
- valutare i punti di forza e le carenze di ogni unità operativa;
- analizzare la formulazione dei questionari in essere ed ipotizzare miglioramenti da attuare nelle future iterazioni dell'indagine.

Capitolo 2

Metodologia della ricerca

La qualità percepita dai pazienti è rilevata dall'Azienda Ospedaliera di Padova con cadenza annuale. L'obiettivo della ricerca si configura principalmente nel fornire alle unità operative che partecipano all'indagine un *feedback* generale sulla prestazione erogata alla propria utenza, evidenziando i punti di forza e di debolezza del servizio e permettendo di confrontare le *performance* delle diverse unità operative.

Al termine della rilevazione viene distribuito a tutte le unità operative un report dettagliato sui risultati dell'analisi, atto a monitorare le aspettative dei pazienti nell'ottica di consentire un miglioramento costante del servizio fornito.

Nel corso degli anni l'indagine sulla qualità percepita è stata gestita alternativamente da stagisti provenienti dall'Università di Padova e da dipendenti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

2.1 La determinazione del campione

L'indagine in esame ha come popolazione statistica l'utenza di 64 ambulatori, reparti e reparti pediatrici dell'Azienda Ospedaliera di Padova durante l'anno 2016.

Come per la maggior parte delle indagini analoghe, i principali limiti di questa rilevazione risiedono nella difficoltà di rilevare un insieme di persone adeguato e corrispondente al campione statistico definito: questo avviene principalmente a causa dell'impossibilità di ottenere un numero di rispondenti adeguato da tutte le unità operative che partecipano allo studio all'interno del periodo di rilevazione. La limitazione dell'indagine a un periodo

temporale di soli quattro mesi, imposta per motivi organizzativi, impedisce tra l'altro di formare un campione che sia totalmente rappresentativo dell'utenza di un anno solare. Il metodo di campionamento utilizzato è quello del campionamento stratificato. Vengono considerati strati le unità operative che partecipano alla rilevazione, all'interno di ognuna delle quali viene estratto un campione relativo allo strato in questione: esso equivale all'insieme dei pazienti dimessi durante il periodo d'indagine che hanno restituito il questionario compilato.

2.2 La raccolta dei dati

La rilevazione dei dati è stata effettuata tramite autosomministrazione dei questionari durante la permanenza degli utenti presso la struttura ospedaliera, con riconsegna al momento della dimissione o in seguito all'erogazione della prestazione ambulatoriale. In ogni unità operativa è stato individuato un referente che si è occupato della buona riuscita dell'indagine (individuazione e sensibilizzazione del personale preposto alla rilevazione, comunicazione dell'indagine agli utenti coinvolti, raccolta dei questionari compilati e consegna degli stessi presso l'ente addetto alla rilevazione).

I questionari compilati in ambulatorio sono stati raccolti dal personale medico-infermieristico tramite un'apposita urna collocata all'interno dell'unità operativa, mentre i questionari relativi ai reparti sono stati distribuiti ai pazienti ricoverati alcuni giorni prima della fine del periodo di cura e raccolti sempre in modo anonimo al momento della consegna della lettera di dimissioni.

Sono stati distribuiti complessivamente 10 708 questionari, di cui ne sono stati restituiti compilati 5 539 (52% del totale). È necessario precisare che la stesura dei questionari e la consegna degli stessi presso le unità operative è stata effettuata precedentemente all'inizio del percorso di stage; per questo motivo ho ritenuto necessario scartare dalla valutazione complessiva 21 unità operative che avevano compiuto la rilevazione in modo non conforme e coerente con l'impostazione generale dell'indagine, in particolare mediante l'utilizzo di versioni autonomamente modificate del questionario proposto.

Sono stati inoltre escluse dall'analisi condotta in questa tesi 5 unità operative (Nefrologia 2 – Amb. Dialisi Peritoneale, Angiologia Reparto, Chirurgia dei Trapianti di Rene e Pancreas Reparto, Malattie Infettive e Tropicali Reparto, Psichiatria Reparto) il cui tasso di adesione all'indagine si è attestato sotto il 30% di questionari ritornati ritenuto in letteratura soddisfacente per l'autocompilazione in ospedale (Calderone et al., 2006)

Il campione è stato così ridotto a 2 867 unità, raccolte all'interno di 38 unità operative (17 ambulatori, 15 reparti e 6 reparti pediatrici).

Tabella 2.1: Il campione ottenuto negli ambulatori per unità operativa di appartenenza

AMBULATORI			
STRUTTURA	N. QUESTIONARI DISTRIBUITI	N. QUESTIONARI COMPILATI	% QUESTIONARI COMPILATI
Angiologia	300	217	72,3%
Cardiochirurgia	100	81	81,0%
Clinica Medica 3	100	97	97,0%
Clinica Neurologica	100	85	85,0%
Day Surgery Multidisciplinare	310	169	54,5%
Endocrinologia - Amb. Integrato	100	42	42,0%
Endocrinologia - Amb. Visite	150	99	66,0%
Geriatria	430	160	37,2%
Medicina dello Sport - Amb. "Ai Colli"	300	255	85,0%
Medicina dello Sport – Amb. Monoblocco	50	46	92,0%
Nefrologia 2 – Amb. Divisionale	90	61	67,8%
Nefrologia 2 – Amb. Follow Up Trapianti	150	106	70,7%
Otorinolaringoiatria – Amb. Giustiniano	60	48	80,0%
Otorinolaringoiatria – Amb. Monoblocco	72	72	100,0%
Otorinolaringoiatria – Amb. Policlinico	60	45	75,0%
Psichiatria 3	50	21	42,0%
Radiologia Universitaria	60	18	30,0%
Totale	2482	1622	65,4%

Tabella 2.2: Il campione ottenuto nei reparti per unità operativa di appartenenza

REPARTI			
STRUTTURA	N. QUESTIONARI DISTRIBUITI	N. QUESTIONARI COMPILATI	% QUESTIONARI COMPILATI
Cardiochirurgia	100	63	63,0%
Cardiochirurgia – Sez. Trapianti	100	26	26,0%
Chirurgia Epatobiliare e dei Trapianti Epatici	100	36	36,0%
Chirurgia Toracica	50	34	68,0%
Clinica Medica 3	128	110	85,9%
Clinica Neurologica	150	109	72,7%
Coagulopatie	20	9	45,0%
Day Surgery Multidisciplinare	400	310	77,5%
Endocrinologia	30	12	40,0%
Geriatrics	100	42	42,0%
Malattie del Metabolismo	50	20	40,0%
Medicina Generale	80	25	31,2%
Nefrologia	80	40	50,0%
Otorinolaringoiatria	150	70	46,7%
Reumatologia	50	28	56,0%
Totale	1588	934	58,8%

Tabella 2.3: Il campione ottenuto nei reparti pediatrici per unità operativa di appartenenza

REPARTI PEDIATRICI			
STRUTTURA	N. QUESTIONARI DISTRIBUITI	N. QUESTIONARI DISTRIBUITI	% QUESTIONARI COMPILATI
Clinica Pediatrica 2	50	35	70,0%
Clinica Pediatrica 3	150	63	42,0%
Day Hospital Pediatrico	66	57	86,4%
Oncoematologia Pediatrica	100	63	63,0%
Pediatria d'Urgenza	116	73	62,9%
Terapia Intensiva Pediatrica (TIPED)	60	20	33,3%
Totale	542	311	57,4%

2.3 La struttura dei questionari

Per la rilevazione sono stati utilizzati tre diversi questionari standard, entrambi basati sulle dimensioni della qualità ospedaliera ipotizzate da Calderone et al. (2006) e dedicati ognuno a uno specifico campo di ricerca (qualità percepita in ambulatori, reparti e reparti pediatrici).

Ogni questionario è preceduto da una breve lettera di accompagnamento dove vengono esposti in breve gli scopi dell'indagine, vengono esplicitate le modalità di compilazione e restituzione e viene rassicurato il paziente riguardo al mantenimento dell'anonimato. Eventuali commenti o suggerimenti dell'intervistato sono sempre raccolti tramite una domanda aperta i cui risultati vengono poi trasmessi direttamente al responsabile dell'unità operativa.

I tre questionari sono riportati in appendice.

2.3.1 Questionario di valutazione della qualità percepita nei servizi ambulatoriali

Il questionario destinato agli ambulatori è composto da due parti distinte e consta di tredici domande. Nella prima parte vengono indagate diverse dimensioni legate all'area

di indagine relativa al personale e all'organizzazione di ogni Unità Operativa Centrale: è richiesta una valutazione riguardo al tempo d'attesa sperimentato al momento della prenotazione e il giorno stesso dell'appuntamento. Vengono inoltre indagate la dimensione della cortesia da parte di medici ed infermieri e le informazioni ricevute da parte degli stessi membri del personale. Infine, si chiede al rispondente di esprimere un giudizio complessivo sugli ambulatori.

La seconda parte del questionario va invece a misurare la soddisfazione del cliente riguardo ad aspetti organizzativo/gestionali di carattere generale. Viene analizzata la procedura di prenotazione e pagamento della prestazione ricevuta, approfondendo aspetti relativi alla chiarezza delle informazioni ricevute dal paziente all'atto della prenotazione e alla procedura di pagamento del ticket prima dell'erogazione della stessa. Le ultime tre domande riguardano invece l'ambito dei servizi forniti dalla struttura: sono rilevate la soddisfazione riguardo alla segnaletica per raggiungere l'ambulatorio, la qualità del comfort della sala d'attesa e dell'ambiente dove viene erogata la prestazione.

Tutti e tredici gli *item* vengono misurati mediante una scala di valutazione a quattro modalità, due positive e due negative, che può essere di tipo qualitativo (1 = pessimo, 2 = mediocre, 3 = buono, 4 = ottimo) od ordinale (1 = per niente, 2 = poco, 3 = abbastanza, 4 = molto).

2.3.2 Questionario di valutazione della qualità percepita nei reparti

Il questionario destinato ai reparti ospedalieri è composto da un'unica sezione composta da dodici domande, mediante le quali vengono monitorati diversi aspetti del percorso di cura e ricovero presso la struttura. La prima domanda segmenta i pazienti secondo la rispettiva tipologia di ricovero (ordinario o di *day surgery*). Le domande successive chiedono di fornire una valutazione relativa all'accoglienza, alle informazioni ricevute al momento dell'arrivo in reparto, indagando inoltre cortesia e informazioni ricevute dal personale medico ed infermieristico.

Le ultime cinque domande vanno ad indagare aspetti legati al soggiorno presso il reparto ospedaliero in questione. Dopo aver chiesto una valutazione relativa agli orari di visita e al rispetto della privacy, si sonda l'aspetto alberghiero legato al comfort delle stanze e le informazioni ricevute al momento delle dimissioni. L'ultima domanda è deputata alla formulazione di un giudizio complessivo sul reparto ospedaliero oggetto d'analisi.

Anche per quanto riguarda i reparti il paziente è chiamato a manifestare la propria soddisfazione relativamente ad ogni aspetto d'indagine mediante il suo posizionamento su una scala di valutazione da 1 a 4, qualitativa (1 = pessimo, 2 = mediocre, 3 = buono, 4 = ottimo) per tutti i quesiti proposti tranne che per 8 e 9 i quali richiedono una valutazione di tipo ordinale (1 = per niente, 2 = poco, 3 = abbastanza, 4 = molto).

2.3.3 Questionario di valutazione della qualità percepita nei reparti pediatrici

All'indagine hanno preso parte diversi reparti di pediatria, la rilevazione della cui qualità percepita differisce da quella del resto dei reparti per diversi aspetti. In particolare, la compilazione del questionario non viene condotta dal paziente ma da un genitore: la qualità è quindi quella percepita dai parenti dell'utente.

Il questionario preposto consta di nove domande. Viene monitorata l'area d'indagine relativa all'accesso alla struttura, chiedendo una valutazione della qualità percepita relativa all'accoglienza ricevuta al momento dell'arrivo in reparto e alle informazioni fornite al momento del ricovero. È inoltre valutata la cortesia del personale medico e infermieristico e le informazioni ricevute dai medici.

Vengono in seguito misurate la soddisfazione dei familiari riguardo all'adeguatezza degli orari di visita e gli aspetti legati agli ambienti e alle strutture in cui si svolge il ricovero, come il rispetto della privacy e il comfort delle stanze. Come di consueto, l'ultima domanda chiede riguardo il giudizio complessivo dell'intervistato relativamente all'esperienza vissuta nel reparto.

La scala di valutazione proposta per questo questionario è di tipo qualitativo e chiede al rispondente di manifestare la propria valutazione rispetto agli *item* proposti scegliendo fra quattro modalità (1 = pessimo, 2 = mediocre, 3 = buono, 4 = ottimo). L'unica domanda per cui questo non avviene è quella relativa al giudizio complessivo, che l'utente deve indicare esprimendo una valutazione quantitativa da 1 a 5.

Capitolo 3

La popolazione dei pazienti ospedalieri

3.1 L'Azienda Ospedaliera di Padova

Il primo ospedale urbano nella città di Padova fu eretto all'inizio del quindicesimo secolo per volere del politico e diplomatico Baldo de' Bonafarii che, assieme alla moglie, patrocinò la costruzione dell'Ospedale di San Francesco Grande – originariamente situato nell'isolato che oggi corrisponde all'incrocio di via San Francesco, via del Santo e via Galileo Galilei, e che oggi è sede del museo ospedaliero dell'Università di Padova.

Nel Settecento l'ospedale subì un processo di rinnovamento dovuto all'esigenza di adeguare la struttura quattrocentesca alle nuove esigenze dell'igiene e della medicina: la nuova sede, progettata dall'architetto Domenico Cerato in luogo delle strutture dell'ex convento dei Gesuiti, venne inaugurata nel 1798 e fu intitolata a uno dei principali benefattori ossia il vescovo Nicolò Antonio Giustiniani. Fra il 1764 e il 1765 l'ospedale diventò, inoltre, sede delle cliniche mediche e chirurgiche, stabilendo un legame fra il luogo di cura e l'Università degli Studi di Padova che perdura tuttora.

Al giorno d'oggi l'Azienda Ospedaliera di Padova conta 52 edifici e si estende su una superficie di oltre 250 000 metri quadrati: al suo interno lavorano 4 733 dipendenti, 536 studenti universitari e 960 volontari. La struttura è organizzata in 16 dipartimenti e 125 unità operative: queste ultime si suddividono in 109 unità operative di area sanitaria (35 semplici dipartimentali e 74 complesse) e 16 di area amministrativa e di staff. Nel complesso, l'Azienda Ospedaliera conta 1 572 posti letto (1 400 ordinari, 172 destinati al day hospital).

Durante l'anno 2016, l'ospedale ha registrato un totale di 58 568 ricoveri, 6 860 760 prestazioni ambulatoriali erogate e 5 269 754 esami di laboratorio (AOPD Padova 2017), caratterizzandosi sempre più come un punto di riferimento all'interno del panorama sanitario del Triveneto sia per il volume di pazienti ammessi che per la formazione di studenti e tirocinanti svolta tramite la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università patavina.

3.2 La popolazione statistica

In questa tesi si considera popolazione statistica l'insieme dei pazienti di 38 unità operative dell'Azienda Ospedaliera di Padova nel periodo che intercorre tra il 1° settembre e il 31 dicembre 2016. Nel periodo in questione la struttura ha contato 342 929 pazienti, di cui 30 535 fanno parte delle unità operative prese in esame dall'indagine in essere (24 065 pazienti ammessi in ambulatorio, 4 898 degenti in reparto e 1 572 degenti in reparto pediatrico).

Tutti i dati riportati in questo capitolo sono tratti dalle schede di dimissione ospedaliera raccolte presso l'Azienda Ospedaliera di Padova nel corso dell'anno 2017.

3.2.1 I pazienti dei servizi ambulatoriali

L'indagine prende in considerazione 17 servizi ambulatoriali, per un totale di 24 065 pazienti ammessi nel periodo settembre-dicembre 2016. Suddividendo gli accessi secondo il genere dei pazienti si nota una leggera predominanza delle femmine (13 068, il 54,3% del totale) contro i maschi (10997, 45,7%). Questa discrepanza è particolarmente evidente per quanto riguarda gli ambulatori di Endocrinologia Visite ed Endocrinologia Integrato, dove la popolazione femminile è rispettivamente quasi il triplo ed oltre il triplo di quella maschile. L'unico ambulatorio a forte predominanza maschile è quello di Cardiocirurgia, dove a 121 accessi femminili corrispondono nello stesso periodo 263 maschi.

Segmentando la popolazione in classi di età si può notare, come prevedibile, una forte predominanza di adulti ed anziani: il 34,1% dei pazienti ha fra 45 e 64 anni, mentre il 34,9% supera i 65. Ottiene percentuali più ridotte la classe 19-44 anni (22,4% del totale). Infine, soltanto l'8,7% dei pazienti ha meno di 18 anni, conseguenza del fatto che i giovani hanno meno necessità di prestazioni ambulatoriali e che parte di questi viene è già dirottata verso servizi pediatrici. Gli unici servizi ambulatoriali in cui la percentuale degli under 18 è rilevante sono Medicina dello Sport e Otorinolaringoiatria.

Tabella 3.1: La popolazione degli ambulatori dell'Ospedale di Padova (2017) suddivisa per sesso

AMBULATORI			
STRUTTURA	N. PAZIENTI AMMESSI	FEMMINE	MASCHI
Angiologia	1913	985	928
Cardiochirurgia	384	121	263
Clinica Medica 3	1372	948	424
Clinica Neurologica	2287	1230	1057
Day Surgery Multidisciplinare	1330	860	470
Endocrinologia - Amb. Integrato	566	437	129
Endocrinologia - Amb. Visite	3132	2346	786
Geriatria	803	585	218
Medicina dello Sport - Amb. "Ai Colli"	697	273	424
Medicina dello Sport – Amb. Monoblocco	140	62	78
Nefrologia 2 – Amb. Divisionale	1015	391	624
Nefrologia 2 – Amb. Follow Up Trapianti	411	139	272
Otorinolaringoiatria – Amb. Giustiniano	1358	632	726
Otorinolaringoiatria – Amb. Monoblocco	2213	1009	1204
Otorinolaringoiatria – Amb. Policlinico	1459	674	785
Psichiatria 3	490	283	207
Radiologia Universitaria	4495	2093	2402
Totale	24065	13068	10997

Tabella 3.2: La popolazione degli ambulatori dell’Ospedale di Padova (2017) suddivisa per età

AMBULATORI					
STRUTTURA	N. PA- ZIENTI AMMESSI	0-18 ANNI	19-44 ANNI	45-64 ANNI	OLTRE 65 ANNI
Angiologia	1913	59	337	596	921
Cardiochirurgia	384	6	24	128	226
Clinica Medica 3	1372	45	429	540	358
Clinica Neurologica	2287	49	565	691	982
Day Surgery Multidisciplinare	1330	1	266	568	495
Endocrinologia - Amb. Integrato	566	26	43	253	244
Endocrinologia - Amb. Visite	3132	126	1050	1125	831
Geriatria	803	15	45	260	483
Medicina dello Sport - Amb. “Ai Colli”	697	328	159	145	65
Medicina dello Sport – Amb. Monoblocco	140	65	39	29	7
Nefrologia 2 – Amb. Divisionale	1015	1	246	437	331
Nefrologia 2 – Amb. Follow Up Trapianti	411	1	53	157	200
Otorinolaringoiatria – Amb. Giustiniano	1358	395	333	370	260
Otorinolaringoiatria – Amb. Monoblocco	2213	375	402	680	756
Otorinolaringoiatria – Amb. Policlinico	1459	380	331	407	341
Psichiatria 3	490	14	218	148	110
Radiologia Universitaria	4495	206	841	1666	1782
Totale	24065	2092	5381	8200	8392

3.2.2 I pazienti dei reparti

In questa tesi si considerano 15 reparti ospedalieri. Questi, nel periodo in esame (settembre-dicembre 2016), hanno registrato un totale complessivo di 4 898 accessi. A differenza di quanto visto negli ambulatori, la popolazione maschile (2 604, 53,2% del totale) è più numerosa di quella femminile (2 294, 46,8%). Nella maggior parte dei reparti presi in esame la differenza fra i generi è contenuta: fanno eccezione Cardiochirurgia, Cardiochirurgia Sez. Trapianti e Chirurgia Epatobiliare e dei Trapianti Epatici, dove il numero di maschi ricoverati è oltre due volte quello delle femmine.

La divisione in classi di età mostra uno sbilanciamento ancora più forte verso i pazienti oltre i 65 anni, i quali rappresentano il 43,4% del totale contro il 33,1% della classe 45-64 anni e il 17,3% della classe 19-44 anni. I pazienti sotto i 18 anni, che vengono normalmente ricoverati nei reparti di pediatria, sono solamente 306 (6,2% del totale), accessi principalmente osservati in Day Surgery Multidisciplinare ed Otorinolaringoiatria.

Tabella 3.3: La popolazione dei reparti dell’Ospedale di Padova (2017) suddivisa per sesso

STRUTTURA	REPARTI		
	N. PAZIENTI RICOVERATI	FEMMINE	MASCHI
Cardiochirurgia	373	105	268
Cardiochirurgia – Sez. Trapianti	34	8	26
Chirurgia Epatobiliare e dei Trapianti Epatici	379	106	273
Chirurgia Toracica	275	116	159
Clinica Medica 3	320	131	189
Clinica Neurologica	317	167	150
Coagulopatie	43	20	23
Day Surgery Multidisciplinare	1742	945	797
Endocrinologia	63	29	34
Geriatria	106	66	40
Malattie del Metabolismo	111	60	51
Medicina Generale	280	133	147
Nefrologia	116	62	54
Otorinolaringoiatria	578	238	340
Reumatologia	161	108	53
Totale	4898	2294	2604

Tabella 3.4: La popolazione dei reparti dell’Ospedale di Padova (2017) suddivisa per età

REPARTI					
STRUTTURA	N. PAZIENTI RICOVERATI	0-18 ANNI	19-44 ANNI	45-64 ANNI	OLTRE 65 ANNI
Cardiochirurgia	373	1	45	139	188
Cardiochirurgia – Sez. Trapianti	34	0	4	16	14
Chirurgia Epatobiliare e dei Trapianti Epatoci	379	1	17	189	172
Chirurgia Toracica	275	8	50	108	109
Clinica Medica 3	320	2	27	86	205
Clinica Neurologica	317	7	78	112	120
Coagulopatie	43	2	9	9	23
Day Surgery Multidisciplinare	1742	133	379	638	592
Endocrinologia	63	0	15	15	33
Geriatria	106	0	0	0	106
Malattie del Metabolismo	111	0	15	19	77
Medicina Generale	280	2	12	31	235
Nefrologia	116	1	10	34	71
Otorinolaringoiatria	578	149	152	173	104
Reumatologia	161	0	33	50	78
Totale	4898	306	846	1619	2127

3.2.3 I pazienti dei reparti pediatrici

I reparti di pediatria presi in considerazione da questa analisi sono sei, per un totale di 1 572 pazienti ricoverati nell’ultimo quadrimestre 2016. Anche qui la popolazione maschile (859 pazienti, 54,6% del totale) supera leggermente quella femminile (713, 45,4%) con un picco rilevante per quanto riguarda il Day Hospital Pediatrico, nel quale il numero di femmine ricoverate è meno della metà di quello dei maschi.

Tutti i pazienti ammessi hanno meno di 18 anni. La classe di età numericamente più frequente è quella che comprende i pazienti da 0 a 3 anni, che rappresenta il 33,1% del

totale (con picchi di oltre il 50% in reparti “critici” come Pediatria d’Urgenza e Terapia Intensiva Pediatrica). La classe 4-8 anni registra il 27,9% di accessi, mentre il 23,2% dei pazienti ha fra 9 e 13 anni e solo il 15,8% oltre 14 anni. L’unico reparto pediatrico dove la classe più numerosa non è quella dei pazienti da 0 a 3 anni è Oncoematologia Pediatrica, a conferma del fatto che le malattie oncologiche insorgono con maggiore frequenza più avanti nell’infanzia e nell’adolescenza: le classi più numerose sono “4-8 anni” (32% del totale) e “oltre 14 anni” (30,5%).

Tabella 3.5: La popolazione dei reparti pediatrici dell’Ospedale di Padova (2017) suddivisa per sesso

REPARTI PEDIATRICI			
STRUTTURA	N. PAZIENTI RICOVERATI	FEMMINE	MASCHI
Clinica Pediatrica 2	267	119	148
Clinica Pediatrica 3	300	141	159
Day Hospital Pediatrico	361	111	250
Oncoematologia Pediatrica	387	222	165
Pediatria d’Urgenza	235	106	129
Terapia Intensiva Pediatrica (TIPED)	22	14	8
Totale	1572	713	859

Tabella 3.6: La popolazione dei reparti pediatrici dell’Ospedale di Padova (2017) suddivisa per età

REPARTI PEDIATRICI					
STRUTTURA	N. PAZIENTI RICOVERATI	0-3 ANNI	4-8 ANNI	9-13 ANNI	14-18 ANNI
Clinica Pediatrica 2	267	86	74	69	38
Clinica Pediatrica 3	300	95	77	78	50
Day Hospital Pediatrico	361	122	111	95	33
Oncoematologia Pediatrica	387	67	124	78	118
Pediatria d’Urgenza	235	132	51	43	9
Terapia Intensiva Pediatrica (TIPED)	22	18	2	2	0
Totale	1572	520	439	365	248

Capitolo 4

La qualità percepita

In questo capitolo si rappresentano le dimensioni della qualità percepita che influenzano la soddisfazione dei clienti ospedalieri. L'analisi è svolta su tre sottopopolazioni, corrispondenti ai tre diversi questionari utilizzati durante l'indagine.

Le dimensioni analizzate sono raggruppate per macroaree: la valutazione dell'accoglienza in ospedale (tempi di attesa, facilità di accesso al servizio, procedura di pagamento...), la valutazione del rapporto con medici e infermieri (cortesia, disponibilità, informazioni ricevute) e la valutazione della struttura e dei servizi alberghieri ove presenti (comfort della sala d'attesa, dell'ambulatorio o della stanza di degenza).

I dati raccolti dell'indagine vengono esposti tramite tecniche statistiche univariate e multivariate. L'analisi multivariata mira ad indagare la relazione fra la variabile dipendente e le variabili esplicative potenzialmente rilevanti per scoprire quali di queste influenzano significativamente la valutazione finale e quanto del modello preso in esame sia effettivamente spiegato tramite le domande poste nei diversi questionari. La variabile scelta come criterio dell'analisi in ciascuno dei tre strati è la valutazione complessiva dell'esperienza ospedaliera.

4.1 Le dimensioni della qualità

L'analisi univariata, o monovariata, consiste nello studio della distribuzione delle variabili rilevate e prese singolarmente.

Nel seguito, per ognuno dei tre questionari, è riportata la distribuzione di frequenza delle variabili. I dati qualitativi (opportunosamente tradotti in codici, dove 1 = pessimo, 2

= mediocre, 3 = buono, 4 = eccellente) vengono presentati in forma tabellare, associando ad ogni modalità assunta dalle variabili la frequenza con cui essa si manifesta all'interno dei dati raccolti. Per ogni variabile è inoltre riportato il valore medio calcolato sui dati espressi validamente, come se tutte le variabili in questione fossero quantitative.

Tabella 4.1: Distribuzione percentuale delle valutazioni dei pazienti degli ambulatori per aspetto valutato (n = 1622)

AMBULATORI						
VARIABILE	FREQUENZA					MEDIA*
	PESSIMO	MEDIOCRE	BUONO	ECCELLENTE	NON RISPONDE	
Tempo d'attesa dal momento della prenotazione al giorno dell'appuntamento	2	11	60	25	1	3,09
Tempo d'attesa per ricevere la prestazione	3	11	57	27	1	3,09
Cortesia del personale medico	1	3	42	54	1	3,50
Cortesia del personale infermieristico	1	3	39	53	4	3,52
Informazioni date dal personale medico	1	4	51	42	2	3,37
Informazioni date dal personale infermieristico	1	3	52	40	4	3,37
Procedura per la prenotazione	3	10	64	21	2	3,05
VARIABILE	FREQUENZA					MEDIA*
	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	NON RISPONDE	
Chiarezza informazioni ricevute al momento della prenotazione	1	5	45	47	2	3,40

Prosegue nella pagina successiva

VARIABILE	FREQUENZA					MEDIA*
	PESSIMO	MEDIOCRE	BUONO	ECCELLENTE	NON RISPONDE	
Procedura per il pagamento del ticket	2	11	49	15	23	2,99
Segnaletica per raggiungere l'ambulatorio	6	22	58	14	2	2,80
Comfort della sala d'attesa	4	22	62	11	1	2,80
Comfort dell'ambulatorio	1	10	67	21	1	3,08
Valutazione complessiva del servizio	1	5	57	35	2	3,29

* = media calcolata come se la variabile in questione fosse quantitativa

Se le medie fossero calcolabili, le variabili che otterrebbero il voto medio più alto sarebbero la cortesia del personale infermieristico (3,52) e la cortesia del personale medico (3,50): queste sono anche le uniche due variabili il cui voto mediano è uguale a 4 e la cui distribuzione di frequenza supera il 50% per quanto riguarda il giudizio "eccellente". Tre variabili – il comfort della sala d'attesa (2,80), la segnaletica per raggiungere l'ambulatorio (2,80) e la procedura di pagamento del ticket (2,99) non riescono invece a raggiungere la votazione media di 3, equivalente al giudizio "buono".

Lusinghiero è il giudizio attribuito alla chiarezza delle informazioni ricevute al momento della prenotazione (3,40). La variabile che ottiene invece più votazioni negative è quella relativa alla segnaletica, per la quale l'insieme delle opzioni di giudizio negativo ("pessimo" e "mediocre") raggiunge il 28%; seguono il comfort della sala d'attesa (26%) e il tempo d'attesa per ricevere la prestazione (14%).

La valutazione complessiva del servizio ottiene un valore medio di 3,29, con il 92% di giudizi positivi (57% “buono”, 35% “eccellente”), il 6% di giudizi negativi e il 2% di non risposte.

Per tutte le variabili prese in esame il numero di non risposte si attesta sotto il 5%, tranne che per la procedura di pagamento del ticket (369 non risposte, il 23% del totale). Questo risultato può essere spiegato se teniamo presente che a una fascia di popolazione è concessa l'esenzione dal ticket sanitario, diritto concesso per motivi di reddito, età anagrafica, disoccupazione e pensione sociale o minima: per queste persone la valutazione della procedura di pagamento non si pone.

Tabella 4.2: Distribuzione percentuale delle valutazioni dei pazienti dei reparti per aspetto valutato (n = 956)

REPARTI						
VARIABILE	FREQUENZA					MEDIA*
	PESSIMO	MEDIOCRE	BUONO	ECCELLENTE	NON RISPONDE	
Accoglienza al momento dell'arrivo in reparto	1	8	56	33	1	3,23
Informazioni ricevute al momento del ricovero	0	10	61	29	1	3,18
Cortesia del personale medico	1	5	46	48	1	3,43
Cortesia del personale infermieristico	0	4	43	53	1	3,50
Informazioni date dal personale medico	1	8	55	35	1	3,26
Informazioni date dal personale infermieristico	1	5	56	37	1	3,30

Prosegue nella pagina successiva

VARIABILE	FREQUENZA					MEDIA*
	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	NON RISPONDE	
Adeguatezza orari di visita dei familiari	2	12	44	32	9	3,18
Rispetto della privacy	4	15	42	37	1	3,15
VARIABILE	FREQUENZA					MEDIA*
	PESSIMO	MEDIOCRE	BUONO	ECCELLENTE	NON RISPONDE	
Comfort delle stanze	7	21	52	20	1	2,84
Informazioni ricevute alla dimissione	0	5	53	28	15	3,26
Valutazione complessiva del servizio	1	5	54	37	3	3,31

* = media calcolata come se la variabile in questione fosse quantitativa

Solo una variabile (la cortesia del personale infermieristico) ottiene un valore oltre il 50% di eccellenza, rappresentando anche qui la variabile con il valore medio più alto (3,52). Seguono a breve distanza la cortesia del personale medico (3,43) e le informazioni date dal personale infermieristico (3,30) e medico (3,26). La variabile che ottiene la votazione media peggiore è invece quella relativa al comfort delle stanze (2,84).

La maggioranza dei rispondenti considera “eccellenti” la cortesia del personale infermieristico (53%) e quella del personale medico (48%), mentre tutti gli altri aspetti vengono giudicati in maggioranza “buoni”. L’insieme delle opzioni di giudizio negativo (“pessimo” e “mediocre”) non supera il 20% per tutte le variabili ad eccezione del comfort delle

stanze, per il quale è riscontrato un 28% di giudizi negativi (7% “pessimo”, 21% “mediocre”); seguono il rispetto della privacy (19%) e l’adeguatezza degli orari di visita dei familiari (14%).

La valutazione complessiva del servizio ottiene un valore medio di 3,31, con il 91% di giudizi positivi (54% “buono”, 37% eccellente”), il 6% di giudizi negativi e il 3% di non risposte.

Tutte le variabili considerate presentano un tasso di non risposte inferiore al 5% tranne quelle relative all’adeguatezza dell’orario di visita dei familiari (9%) e alle informazioni ricevute alla dimissione (15%). È verosimile ipotizzare che questo avvenga a causa di una scarsa pertinenza dei quesiti oppure a differenziazioni e vizi del metodo di riconsegna dei questionari, che in certi casi potrebbe essere avvenuto prima della dimissione stessa.

Tabella 4.3: Distribuzione percentuale delle valutazioni dei pazienti dei reparti pediatrici per aspetto valutato (n = 311)

REPARTI PEDIATRICI							
VARIABILE	FREQUENZA					NON RISPONDE	MEDIA
	PESSIMO	MEDIOCRE	BUONO	ECCELLENTE			
Accoglienza al momento dell’arrivo in reparto	1	7	44	36		11	3,31
Informazioni ricevute al momento del ricovero	1	7	53	28		12	3,21
Cortesia del personale medico	0	3	37	48		11	3,51
Cortesia del personale infermieristico	0	4	34	50		11	3,52
Informazioni date dal personale infermieristico	1	7	47	33		12	3,28

Prosegue nella pagina successiva

VARIABILE	FREQUENZA						MEDIA
	PESSIMO	MEDIOCRE	BUONO	ECCELLENTE		NON RISPONDE	
Adeguatezza orari di visita dei familiari	1	9	47	28		15	3,22
Rispetto della privacy	2	8	45	32		13	3,24
Comfort delle stanze	12	19	39	17		13	2,70
VARIABILE	FREQUENZA						MEDIA
	1	2	3	4	5	NON RISPONDE	
Valutazione complessiva del servizio	1	3	2%	39	20	15	3,85

* = media calcolata come se la variabile in questione fosse quantitativa

La distribuzione di frequenza è paragonabile a quella del questionario relativo ai reparti. Raggiungono il valore mediano di “eccellente” soltanto le variabili relative alla cortesia del personale medico e infermieristico, mentre tutte le altre si fermano a “buono”. Non riesce a raggiungere una votazione media di 3 il comfort delle stanze, di gran lunga l’aspetto meno soddisfacente del servizio secondo i rispondenti (2,70). Solo per quanto riguarda la cortesia dei medici (48%) e degli infermieri (50%) la maggior parte dei rispondenti considera “eccellente” il servizio proposto; al contrario, a suscitare più malumori troviamo il comfort delle stanze con un 31% di giudizi negativi (12% “pessimo”, 19% “mediocre”) seguito dal rispetto della privacy con il 10%.

La valutazione complessiva del servizio, solo in questo questionario descritta da una scala di valutazione quantitativa da 1 a 5, ottiene una votazione media di 3,85. Il 20% dei

rispondenti valuta l'esperienza presso il reparto pediatrico con un 5, mentre il 39% dà un voto di 4 e il 22% si esprime con 3. Solo per il 4% dei rispondenti si riscontrano giudizi negativi.

Il tasso di mancate risposte varia dal 10% al 15% per tutte le domande poste nel questionario; al primo posto troviamo l'adeguatezza degli orari di visita dei familiari (15%), le domande meno evitate sono il tempo d'attesa dal momento della prenotazione al giorno dell'appuntamento e la cortesia di medici e infermieri (11%).

4.2 Analisi multivariata

Viene applicato ai dati raccolti un modello di regressione lineare multipla, un'estensione della regressione lineare semplice che si può applicare quando vengono utilizzate due o più variabili esplicative per spiegare il comportamento della variabile risposta. Questo tipo di regressione viene utilizzato a scopi predittivi, per questo motivo andiamo ad inserire nel modello tutte le variabili indipendenti che possono contribuire a una predizione più accurata dei valori della variabile risposta Y (Argentin, 2007)

L'equazione che descrive il modello viene descritta dal punto di vista formale come:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + \dots + \beta_p x_{ip}$$

dove $\beta_0, \beta_1 \dots \beta_p$ sono i coefficienti di regressione delle p variabili predittive e, $x_{i1}, x_{i2} \dots x_{ip}$ sono i valori assunti dalle variabili esplicative $X_{i1}, X_{i2} \dots X_{ip}$. Tramite questo modello possiamo esprimere il valore di Y per ciascun paziente i come combinazione lineare di variabili (o regressori) X opportunamente ponderate dai rispettivi parametri β .

La variabile casuale Y_i ha dunque valore atteso e varianza definiti come:

$$E(Y_i | x_{i1}, x_{i2} \dots x_{ip}) = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + \dots + \beta_p x_{ip}$$

$$Var(Y_i | x_{i1}, x_{i2} \dots x_{ip}) = \sigma^2$$

L'equazione può essere scritta anche nella forma matriciale $Y = X\beta + \varepsilon$ dove:

$$Y = \begin{pmatrix} y_1 \\ y_2 \\ \vdots \\ y_n \end{pmatrix} \quad X = \begin{pmatrix} 1 & x_{11} & \dots & x_{1p} \\ 1 & x_{21} & \dots & x_{2p} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ 1 & x_{n1} & \dots & x_{np} \end{pmatrix} \quad \beta = \begin{pmatrix} \beta_0 \\ \beta_1 \\ \vdots \\ \beta_p \end{pmatrix} \quad \varepsilon = \begin{pmatrix} \varepsilon_1 \\ \varepsilon_2 \\ \vdots \\ \varepsilon_n \end{pmatrix}$$

I coefficienti di regressione $\beta_0, \beta_1, \beta_2 \dots \beta_p$ vengono stimati attraverso il metodo dei minimi quadrati (OLS, dall'inglese *ordinary least squared*), una tecnica di regressione che va ad individuare la funzione che rende minima la somma dei quadrati dei residui tra i dati osservati e quelli della curva (detta "di regressione") che riproduce la funzione stessa. Vengono cioè individuati quei valori $b_0, b_1, b_2 \dots b_p$, stimatori di $\beta_0, \beta_1, \beta_2 \dots \beta_p$, che minimizzano la quantità

$$S_q = \sum_{i=1}^n (b_0 - b_1 x_{i1} - b_2 x_{i2} - \dots - b_p x_{ip})^2$$

dalla quale si può ottenere la soluzione dei minimi quadrati derivando rispetto a $\beta_0, \beta_1, \beta_2 \dots \beta_p$ e uguagliando a zero le derivate prime.

La significatività dei parametri è stimata confrontando la disegualianza

$$\left| \frac{\hat{\beta}_j}{s.e.(\hat{\beta}_j)} \right| < \frac{z_\alpha}{2}$$

a partire dalla verifica di ipotesi $H_0 : \beta_j = 0$ contro $H_1 : \beta_j \neq 0$.

Siccome $\beta \sim N(\mu, \sigma^2)$ possiamo applicare il test di Wald, per il quale un parametro è significativo al 5% se $\left| \frac{\widehat{\beta}_j}{s.e.(\widehat{\beta}_j)} \right| < 1,96$. Alternativamente, per verificare la significatività dei parametri del modello possiamo calcolare i limiti inferiore e superiore dell'intervallo di confidenza e verificare che lo zero non appartenga a questi intervalli.

Non essendo possibile unire i tre ambiti di ricerca della nostra indagine (ambulatori, reparti, reparti pediatrici) in un solo modello di regressione lineare multipla a causa dell'assenza di un nucleo di domande comuni ad ognuno dei questionari, è necessario svolgere l'analisi dei tre gruppi separatamente.

Per ciascun gruppo viene individuato un modello di regressione multipla di tipo lineare, dove la variabile valutazione (corrispondente al giudizio complessivo valutato dal rispondente) è la variabile dipendente assunta come criterio base della classificazione. Sia per ambulatori e reparti (per i quali valutazione è una variabile qualitativa a 4 modalità – “pessimo”, “mediocre”, “buono” ed “eccellente”) che per i reparti pediatrici (dove si struttura come una variabile di tipo ordinale a 5 modalità, rappresentando un giudizio da 1 a 5) la variabile dipendente è codificata come se fosse una variabile quantitativa.

4.2.1 Stima del modello per gli ambulatori

I dati analizzati in questo paragrafo riguardano i questionari distribuiti a 1622 pazienti di 17 ambulatori che hanno compilato il questionario.

In seguito all'analisi descrittiva dei risultati ottenuti (riportata in tabella 4.1) ho deciso di escludere dal modello la variabile pagamento a causa dell'elevato numero di dati mancanti (oltre il 20% dei rispondenti) che potrebbe portare ad errori nella stima dei coefficienti della regressione. Tutte le altre variabili ordinali vengono usate all'interno del modello come variabili quantitative.

La stima del modello è riportata nella tabella 4.4.

Tabella 4.4: Stima del modello di regressione lineare per gli ambulatori, Y = valutazione

Coefficienti	Stima	Std. Error	t-value	Pr (> t)
Intercetta	0.048	0.086	0.557	
Tempo d'attesa dal momento della prenotazione al giorno dell'appuntamento	0.115	0.021	5.453	***
Tempo d'attesa per ricevere la prestazione il giorno dell'appuntamento	0.074	0.020	3.731	***
Cortesia del personale medico	0.131	0.029	4.462	***
Cortesia del personale infermieristico	0.083	0.030	2.754	**
Informazioni date dal personale medico	0.123	0.029	4.291	***
Informazioni date dal personale infermieristico	0.194	0.030	6.432	***
Procedura per la prenotazione	0.024	0.023	1.034	
Chiarezza informazioni ricevute al momento della prenotazione	0.017	0.021	0.790	
Segnaletica per raggiungere l'ambulatorio	0.021	0.018	1.165	
Comfort della sala d'attesa	-0.002	0.022	-0.014	
Comfort dell'ambulatorio	0.216	0.025	8.577	***
Adjusted R ² = 46.0%			*** = significatività allo 0.1%	
Residual Deviance = 254.84			** = significatività all'1%	
AIC = 1619			* = significatività al 5%	
BIC = 1687				

Verifichiamo che tutte le variabili ad esclusione del comfort della sala d'attesa hanno un effetto positivo sulla stima della valutazione, per quanto non tutte siano significative e la loro combinazione permetta di spiegare soltanto il 46% del modello. La variabile che ha l'effetto positivo maggiore sul giudizio dell'esperienza presso gli ambulatori è il comfort dell'ambulatorio, ma risultano significativi anche i fattori legati all'attesa della prestazione (il tempo d'attesa dal momento della prestazione al giorno dell'appuntamento e il tempo d'attesa per ricevere la prestazione), alla cortesia del personale medico e infermieristico e alle informazioni ricevute da medici e infermieri. Non influenzano significativamente la stima della valutazione complessiva dell'esperienza la procedura della

prenotazione, la chiarezza delle informazioni ricevute, la segnaletica e il comfort della sala d'attesa.

4.2.2 Stima del modello per i reparti

I dati analizzati in questo paragrafo riguardano i questionari distribuiti a 934 pazienti di 15 reparti che hanno compilato il modello.

La stima del modello è riportata nella tabella 4.5.

Tabella 4.5: Stima del modello di regressione lineare per i reparti, Y = valutazione

Coefficienti	Stima	Std. Error	t-value	Pr (> t)
Intercetta	0.184	0.101	1.821	
Accoglienza al momento dell'arrivo in reparto	0.010	0.031	0.310	
Informazioni ricevute al momento del ricovero	0.065	0.035	1.856	
Cortesia del personale medico	0.074	0.038	1.945	
Cortesia del personale infermieristico	0.042	0.037	1.134	
Informazioni date dal personale medico	0.110	0.038	2.903	**
Informazioni date dal personale infermieristico	0.184	0.035	5.186	***
Adeguatezza orari di visita dei familiari	0.002	0.023	0.102	
Rispetto della privacy	0.036	0.025	1.418	
Comfort delle stanze	0.096	0.025	3.894	***
Informazioni ricevute alla dimissione	0.351	0.036	9.814	***
Adjusted R ² = 63.5 Residual Deviance = 100.27 AIC = 647.89 BIC = 702.8			*** = significatività allo 0.1% ** = significatività all'1% * = significatività al 5%	

Le variabili stimate riescono a spiegare circa il 63% del modello. Le informazioni ricevute in seguito alla dimissione del reparto hanno l'effetto positivo significativamente maggiore; sono statisticamente rilevanti per spiegare la valutazione complessiva dei reparti

– anche se in misura minore – il comfort delle stanze e le informazioni ricevute da medici e infermieri.

Non rientrano invece nell'intervallo di confidenza al 5% (e quindi non risultano statisticamente significative) l'accoglienza al momento dell'arrivo in reparto, le informazioni ricevute al momento del ricovero, la cortesia di medici e infermieri, l'adeguatezza degli orari di visita dei familiari e il rispetto della privacy.

4.2.3 Stima del modello per i reparti pediatrici

I dati analizzati in questo paragrafo riguardano i questionari distribuiti ai genitori di 311 pazienti di 6 reparti pediatrici che hanno compilato il questionario.

Tutte le variabili ordinali rilevate vengono usate all'interno del modello come variabili quantitative.

La stima del modello è riportata nella tabella 4.6.

Tabella 4.6: Stima del modello di regressione lineare per i reparti pediatrici, Y = valutazione

Coefficienti	Stima	Std. Error	t-value	Pr (> t)
Intercetta	-0.191	0.327	-0.586	
Accoglienza al momento dell'arrivo in reparto	0.360	0.086	4.202	***
Informazioni ricevute al momento del ricovero	0.192	0.093	2.057	*
Cortesía del personale medico	0.218	0.110	1.981	*
Cortesía del personale infermieristico	0.080	0.100	0.803	
Informazioni date dal personale infermieristico	0.155	0.096	1.619	
Adeguatezza orari di visita dei familiari	0.042	0.073	0.578	
Rispetto della privacy	0.022	0.078	0.280	
Comfort delle stanze	0.174	0.056	3.136	**
Adjusted R ² = 29.7% Residual Deviance = 100.41 AIC = 496.74 BIC = 531.8			*** = significatività allo 0.1% ** = significatività all'1% * = significatività al 5%	

Fra le otto variabili che compongono il modello, l'accoglienza al momento dell'arrivo in reparto risulta la variabile con il maggiore effetto positivo sulla valutazione dell'esperienza presso i reparti pediatrici; altre variabili significative sono la cortesia del personale medico, le informazioni ricevute al momento del ricovero e il comfort delle stanze.

Non risultano significativi orari di visita e rispetto della privacy: a queste variabili si aggiungono anche le informazioni fornite dai medici ai genitori e la cortesia del personale infermieristico. La discrepanza fra i risultati ottenuti nei reparti e nei reparti pediatrici, in particolare in merito alle variabili che risultano statisticamente significative, può essere spiegata se si ricorda che in questi ultimi il questionario non viene compilato direttamente dal paziente ma da un genitore: la qualità percepita rilevata è quindi quella dei parenti dell'utente e non già dell'utente stesso.

In generale, più degli altri due proposti, il modello che stima la qualità percepita nei reparti pediatrici risulta decisamente migliorabile: le variabili indagate permettono di spiegare soltanto circa il 30% del modello.

4.3 La qualità percepita

Grazie ai modelli proposti e ai risultati ottenuti con le analisi statistiche effettuate si può presentare per ogni struttura coinvolta nell'indagine una predizione della stima della valutazione complessiva, che in ogni modello rappresenta la variabile dipendente e l'obiettivo principale di indagine. Tramite questo indicatore è possibile comparare il giudizio espresso dagli intervistati in ogni unità operativa.

Il predittore della valutazione ottenuta per ogni unità operativa va ad individuare un risultato espresso come un numero da 1 a 4, che rappresenta il valore medio che verrebbe ottenuto se le medie della variabile ordinale *valutazione* fossero calcolabili. Per ottenere un risultato di più chiara comprensione il risultato ottenuto è stato convertito in scala percentuale.

Tabella 4.7: Valutazione della qualità percepita per gli ambulatori

AMBULATORI		
STRUTTURA	QUALITÀ PERCEPITA	
Angiologia	3,309	77
Cardiochirurgia	3,134	71
Clinica Medica 3	3,333	78
Clinica Neurologica	3,249	75
Day Surgery Multidisciplinare	2,961	65
Endocrinologia - Amb. Integrato	3,107	70
Endocrinologia - Amb. Visite	2,995	67
Geriatria	3,260	75
Medicina dello Sport - Amb. "Ai Colli"	3,168	72
Medicina dello Sport – Amb. Monoblocco	3,571	86
Nefrologia 2 – Amb. Divisionale	3,112	70
Nefrologia 2 – Amb. Follow Up Trapianti	3,219	74
Otorinolaringoiatria – Amb. Giustiniano	3,326	78
Otorinolaringoiatria – Amb. Monoblocco	3,073	69
Otorinolaringoiatria – Amb. Policlinico	2,951	65
Psichiatria 3	2,596	53
Radiologia Universitaria	3,000	67

L'ambulatorio Monoblocco di Medicina dello Sport ottiene il giudizio positivo più alto fra gli ambulatori (86/100); ricevono giudizi lusinghieri anche l'ambulatorio Giustiniano di Otorinolaringoiatria (78/100) e gli ambulatori di Clinica Medica 3 (78/100), Angiologia (77/100), Clinica Neurologica e Geriatria (75/100). Undici strutture su 17 raggiungono un giudizio complessivo uguale o maggiore a 70/100.

Sotto questa quota si attestano gli ambulatori di Otorinolaringoiatria Monoblocco (69/100), Endocrinologia Visite e Radiologia Universitaria (67/100), Day Surgery Multidisciplinare e Otorinolaringoiatria Policlinico (65/100). Il giudizio peggiore è ottenuto da Psichiatria 3 (53/100).

Tabella 4.8: Valutazione della qualità percepita per i reparti

REPARTI		
STRUTTURA	QUALITÀ PERCEPITA	
Cardiochirurgia	3,007	67
Cardiochirurgia – Sez. Trapianti	3,538	85
Chirurgia Epatobiliare e dei Trapianti Epatici	3,087	70
Chirurgia Toracica	3,670	89
Clinica Medica 3	3,107	70
Clinica Neurologica	2,836	61
Coagulopatie	3,038	68
Day Surgery Multidisciplinare	3,472	82
Endocrinologia	3,123	71
Geriatrics	2,709	57
Malattie del Metabolismo	3,385	79
Medicina Generale	3,291	76
Nefrologia	3,037	68
Otorinolaringoiatria	3,416	81
Reumatologia	3,012	67

La valutazione complessiva più alta fra i reparti è ottenuta dal reparto di Chirurgia Toracica (89/100), seguito da Cardiochirurgia Trapianti (85/100), Day Surgery Multidisciplinare (82/100) e Otorinolaringoiatria (81/100). Altre cinque strutture raggiungono una valutazione complessiva compresa fra i 70 e gli 80 centesimi.

Raggiungono una valutazione complessiva superiore a 60 centesimi i reparti di Nefrologia, Coagulopatie (68/100), Reumatologia, Cardiochirurgia (67/100) e Clinica Neurologica (61/100). In ultima posizione si colloca invece il reparto di Geriatrics, che con 57/100 ottiene la peggior prestazione complessiva fra i reparti.

Tabella 4.9: Valutazione della qualità percepita per i reparti pediatrici

REPARTI PEDIATRICI		
STRUTTURA	QUALITÀ PERCEPITA	
Clinica Pediatrica 2	3,171	72
Clinica Pediatrica 3	3,234	74
Day Hospital Pediatrico	3,579	86
Oncoematologia Pediatrica	3,280	76
Pediatria d'Urgenza	3,116	70
Terapia Intensiva Pediatrica (TIPED)	3,389	80

Per quanto riguarda i reparti pediatrici la palma del “migliore” va al Day Hospital Pediatrico (86/100) che, assieme a Terapia Intensiva Pediatrica (80/100), raccoglie un giudizio complessivo eccellente. Risulta buona anche la valutazione degli altri quattro reparti pediatrici presi in esame, ovvero Oncoematologia Pediatrica (76/100), Clinica Pediatrica 3 (74/100), Clinica Pediatrica 2 (72/100) e Pediatria d'Urgenza (70/100). Tutti e sei i reparti ottengono una valutazione superiore o uguale a 70 centesimi.

Capitolo 5

Conclusioni e proposte

L'analisi dei dati raccolti svolta nel Capitolo 4 presenta evidenti limiti strutturali, dovuti in larga parte alla formulazione dei questionari che, allo stato attuale, permette solamente un confronto fra strutture appartenenti alla stessa categoria d'indagine (ambulatori, reparti o reparti pediatrici) con tecniche statistiche per lo più discutibili. In questo capitolo si cerca di superare questi limiti andando ad individuare le correzioni che potrebbero essere apportate alla procedura di indagine in una futura iterazione della stessa, oltretutto a proporre un questionario alternativo che possa rispondere alle esigenze del committente e produrre una spiegazione più accurata della variabile valutazione.

5.1 I limiti dell'analisi

Il primo limite individuato è la mancata rilevazione di determinate variabili socio-anagrafiche di controllo (quali sesso, età, titolo di studio e condizione rispetto al lavoro). Queste variabili consentono di praticare una stratificazione del campione, permettendo sia una analisi più accurata delle valutazioni raccolte, sia la possibilità di eliminare il possibile effetto della diversa composizione del campione di pazienti.

Il secondo limite individuato è l'utilizzo di una scala di valutazione approssimativa e inadatta a rappresentare adeguatamente il fenomeno d'indagine. La maggior parte dei quesiti sono strutturati come variabili ordinali a 4 modalità ("pessimo", "mediocre", "buono" ed "eccellente") le quali, non essendo quantitative, non permettono il calcolo di medie e varianze né l'analisi di correlazione tra caratteri; inoltre, modalità come "mediocre" possiedono una connotazione linguistica che il rispondente potrebbe a prima

lettura non comprendere. È quindi necessario introdurre una scala di valutazione quantitativa e dal significato il più possibile chiaro ed univoco per il paziente.

Il terzo limite individuato, e sicuramente il più gravoso per l'analisi dei dati e la stima del modello, è legato alla formulazione dei questionari e l'individuazione delle variabili esplicative utilizzate per spiegare la qualità percepita. L'utilizzo da parte degli ideatori del questionario di metodologie poco appropriate, a volte autonomamente modificate dai destinatari stessi della rilevazione, ha inoltre costretto all'esclusione di quasi un terzo delle unità operative che hanno preso parte alla rilevazione dall'indagine presentata in questa tesi. Per un questionario il più possibile

5.2 L'individuazione del *core questionnaire*

Uno degli obiettivi che si pone la rilevazione è indagare la qualità percepita all'interno dell'intera struttura ospedaliera, mettendo a confronto la *performance* di reparti e ambulatori. Nell'analisi svolta a partire dai dati raccolti questo non è possibile, poiché manca un nucleo di domande comuni a tutti i questionari che possano permettere la stima della variabile valutazione tramite un unico modello.

Per effettuare un confronto fra tutte le unità operative coinvolte nella rilevazione è necessario individuare un *core questionnaire* di dimensioni della qualità che possano essere indagate in tutte le unità operative sottoposte a rilevazione, a cui andranno affiancarsi di volta in volta ulteriori dimensioni pertinenti a ciascuna categoria d'indagine in modo da poter valutare adeguatamente i punti di forza e di debolezza dei diversi tipi di struttura.

La base del futuro *core questionnaire* non può prescindere, come punto di partenza, da un'analisi delle variabili che sono risultate significative nei modelli precedentemente stimati.

Tabella 5.1: Le variabili significative nei modelli stimati

MODELLO	VARIABILI SIGNIFICATIVE
Modello di regressione lineare per gli ambulatori	<ul style="list-style-type: none"> - tempo d’attesa dal momento della prenotazione al giorno dell’appuntamento - tempo d’attesa per ricevere la prestazione - cortesia del personale medico - cortesia del personale infermieristico - informazioni date dal personale medico - informazioni date dal personale infermieristico - comfort dell’ambulatorio
Modello di regressione lineare per i reparti	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni date dal personale medico - informazioni date dal personale infermieristico - comfort delle stanze - informazioni ricevute alla dimissione
Modello di regressione lineare per i reparti pediatrici	<ul style="list-style-type: none"> - accoglienza al momento dell’arrivo in reparto - informazioni ricevute al momento del ricovero - cortesia del personale medico - comfort delle stanze

Da questa analisi emerge che le informazioni date dal personale medico e infermieristico risultano significative in due modelli su tre, come anche la cortesia del personale medico – mentre le dimensioni relative al comfort degli spazi ospedalieri sono significative in ciascuno dei tre modelli ma riflettono aspetti diversi (il comfort dell’ambulatorio per quanto riguarda gli ambulatori, il comfort della stanza di ricovero per reparti e reparti pediatrici).

Come già evidenziato nel capitolo 4, è individuata una sola variabile significativa (il comfort delle stanze) in comune fra reparti e reparti pediatrici: una possibile ragione a conferma di questa discrepanza potrebbe dipendere dal fatto che nei reparti pediatrici la compilazione del questionario è effettuata dai genitori dei pazienti e non dai pazienti stessi. Alla luce di questo aspetto, ritengo che convenga concentrarsi in prima battuta

sulla rilevazione diretta della qualità percepita da parte degli utenti, e ragionare in seguito (anche secondo le esigenze del committente) sulla possibilità di svolgere separatamente l'indagine relativa ai reparti pediatrici o accorparla a quella condotta nei reparti.

Dalla stima dei modelli di regressione presentata nello scorso capitolo emerge chiaramente come le combinazioni delle variabili stimate non consentano di spiegare sufficientemente ogni modello, ma rimanga una quantità inespresa verosimilmente dovuta alla mancanza di ulteriori regressori corrispondenti a dimensioni della qualità percepita non inserite nel questionario. Se parte di questa discrepanza può essere colmata tramite l'introduzione nel modello di opportune variabili socio-anagrafiche, un ulteriore passo avanti può essere compiuto guardando ai risultati delle ricerche presentate nel capitolo 1 e andando ad analizzare quali variabili siano risultate significative nella stima dei modelli prodotti. In questa fase mi concentro in particolare sull'esperienza dell'Azienda ULSS 22 di Verona (paragrafo 1.3.1) e su quella svolta presso il Basque Health Care Service (paragrafo 1.3.6)

Il caso del Basque Health Care Service si riferisce principalmente ai reparti e va ad individuare sei macroaree di indagine: *Information & Medical Care*, *Nursing Care*, *Comfort*, *Visiting*, *Privacy* e *Cleanliness* (Quintana et al., 2006) Ognuna di queste corrisponde a diverse dimensioni della qualità percepita, ma la loro significatività viene valutata nell'insieme mediante una trasformazione lineare del punteggio medio calcolato per ogni macroarea. Risultano significative le macroaree *Information & Medical Care* e *Nursing Care* (corrispondenti alle nostre "cortesia ed informazioni ricevute da medici ed infermieri"), ma anche *Comfort* (che in questo caso include, oltre al comfort e alla tranquillità della stanza, anche quello della struttura ospedaliera e la qualità del cibo proposto) e *Cleanliness* (la pulizia degli ambienti ospedalieri e dei bagni, non calcolata nella nostra analisi).

Per quanto riguarda invece l'analisi svolta nell'Azienda ULSS 22, la qualità percepita è stata indagata sia nei reparti che negli ambulatori tramite due questionari composti rispettivamente da 33 e 27 domande. I risultati non si scostano troppo da quelli rilevati nell'analisi svolta in questa tesi: le informazioni ricevute dai medici e la cortesia e le informazioni ricevute dal personale infermieristico, unite al comfort degli ambienti e alle informazioni ricevute alla dimissione, sono le dimensioni della qualità che risultano significative per quanto riguarda i reparti. Sono invece significative negli ambulatori la cortesia, la disponibilità e le informazioni ricevute dal personale medico, la cortesia e la disponibilità del personale medico e le informazioni ricevute al momento della dimissione – mentre non sono state indagate le dimensioni della qualità relative al tempo d'attesa e al comfort degli ambulatori (Fasoli e Beghini, 2013)

5.3 Una proposta alternativa di questionario

La mia proposta di questionario va a strutturarsi in due parti: la prima, comune a tutte le unità operative coinvolte nell'indagine, è costituita da un *core questionnaire* di sedici domande di cui 5 indagano le caratteristiche socio-anagrafiche del paziente, 10 vanno a riassumere gli elementi comuni ad ogni esperienza ospedaliera già analizzati nel paragrafo precedente mentre l'ultima chiede una valutazione complessiva dell'esperienza presso l'ambulatorio o il reparto oggetto d'indagine. La seconda parte invece si differenzia fra ambulatori e reparti ed è composta da sezioni tematiche corrispondenti alle diverse macroaree di indagine, le quali includono le dimensioni della qualità percepita pertinenti a quel tipo di unità operativa.

È possibile che la compilazione del questionario sia effettuata da un familiare del paziente, dal momento che molte delle unità operative coinvolte nell'indagine sono altamente frequentate da anziani con scolarità medio-bassa e difficoltà cognitive più o meno marcate. In quest'ottica si suggerisce di indagare questo aspetto tramite un'opportuna domanda da inserire dopo le caratteristiche socio-anagrafiche del rispondente, per verificare eventuali scostamenti di opinioni.

Per la valutazione di ciascuna dimensione della qualità percepita si propone una scala a 6 modalità che richieda al rispondente di indicare il suo grado di soddisfazione riguardo ad ogni *item* proposto (posizionandosi su una scala dove gli estremi “1” e “6” corrispondono rispettivamente a “per niente soddisfatto” e “del tutto soddisfatto”). La variabile legata alla valutazione complessiva del servizio verrà invece valutata al termine dell’intero questionario tramite l’espressione di un giudizio da 1 a 10.

Onde evitare alte frequenze di non risposte si consiglia inoltre di aggiungere l’opzione “non applicabile” per quelle dimensioni della qualità che potrebbero risultare non pertinenti per una fascia considerevole dell’utenza, come verificato ad esempio nel paragrafo 4.1 per la variabile “procedura per il pagamento del ticket”. Si ricorda infine di chiudere il questionario con una domanda aperta che permetta di raccogliere eventuali commenti e suggerimenti dell’intervistato, allo scopo di individuare eventuali problematiche di interesse per il personale ospedaliero.

Le dimensioni della qualità indagata sono presentate nella tabella 5.2.

Tabella 5.2: Proposta alternativa di questionario

CORE QUESTIONNAIRE	
AREE DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ INDAGATA
Caratteristiche socio-anagrafiche del paziente	<ul style="list-style-type: none"> - età - sesso - titolo di studio - condizione rispetto al lavoro - se il rispondente è il paziente o altra persona
Accessibilità	<ul style="list-style-type: none"> - tempo di attesa per accedere alla terapia - informazioni ricevute al momento dell’accesso alla terapia

Prosegue nella pagina successiva

Rapporti interpersonali	<ul style="list-style-type: none"> - cortesia del personale medico - informazioni ricevute dal personale medico - cortesia del personale infermieristico - informazioni ricevute dal personale infermieristico - rispetto della privacy
Servizi alberghieri	<ul style="list-style-type: none"> - comfort degli ambienti ospedalieri - pulizia degli ambienti ospedalieri
Aspetti organizzativi in uscita dal servizio	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni ricevute a conclusione dell'esperienza ospedaliera
Valutazione complessiva	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione complessiva del servizio
PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
Tempo d'attesa e prenotazione	<ul style="list-style-type: none"> - tempo d'attesa dal momento della prenotazione al giorno dell'appuntamento - procedura di prenotazione
Accesso al servizio	<ul style="list-style-type: none"> - segnaletica predisposta per accedere al servizio - procedura per il pagamento del ticket - informazioni ricevute dal personale di sportello
Erogazione della prestazione	<ul style="list-style-type: none"> - comfort dell'ambulatorio
RICOVERO E CURA IN REPARTO O REPARTO PEDIATRICO	
Servizi alberghieri	<ul style="list-style-type: none"> - comfort della stanza - tranquillità della stanza e del sonno - qualità dei pasti
Aspetti organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> - adeguatezza orari di visita - comunicazione fra il personale del reparto - tempo di attesa per ottenere la lettera di dimissione

Bibliografia

- Argentin G. (2007), *La regressione lineare*, in AA. VV., *Analisi multivariata per le scienze sociali*, Pearson Education, Torino.
- Bassi F. (2008), *Analisi di mercato. Strumenti statistici per le decisioni di marketing*. Carocci, Roma.
- Boari G. (2000), Uno sguardo ai modelli per la costruzione di indicatori nazionali di customer satisfaction, in AA. VV., *Valutazione della qualità e customer satisfaction: il ruolo della statistica*, Vita e Pensiero, Milano, 317-336.
- Calderone B., Capizzi S., Nicoli M. A., Sturlese V. (2006), *La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi*, Regione Emilia-Romagna, Bologna.
- Cronin Jr. J., Taylor S. A. (1994), SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality, *Journal of Marketing*, vol. 58, pp. 125-131.
- Fasoli D., Beghini M. (2013), *I servizi ambulatoriali visti dagli utenti*, Rapp. tecn. Azienda ULSS 22, Regione Veneto.
- Fasoli D., Beghini M. (2013), *La sua esperienza in ospedale*, Rapp. tecn. Azienda ULSS 22, Regione Veneto.
- Gerson R. F. (1995), *Come misurare la soddisfazione del cliente: una guida per realizzare un servizio di qualità*, FrancoAngeli, Milano.
- Grönroos C. (2009), *Management e marketing dei servizi. La gestione del cliente nel mercato dei servizi*, ISEDI, Torino.
- Kano N. (1984), *Attractive Quality and Must-Be Quality*, The Journal of the Japanese Society for Quality Control.
- Kotler P., Keller K. L. (2006), *Marketing Management*, Pearson, Milano.
- Ministry of Health (Singapore) (2016), *2015 Survey of Patient Satisfaction with Public Healthcare Institutions*, Rapp. tecn. Ministry of Health (Singapore).

- Morelli M. (2005), *Il commercio elettronico: dall'immagine al profitto*, FrancoAngeli, Milano.
- Parasuraman A., Zeithaml V. A., Berry L. L. (1988), SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, Vol. 62, no. 1.
- Parasuraman A., Zeithaml V. A., Berry L. L. (1991), *Servire qualità*, McGraw-Hill Companies, Milano.
- Pirazzoli G., Padovani A., Dell'Orto A. (2006), *La qualità percepita: analisi sul ricovero ospedaliero nell'Azienda USL di Imola*, Rapp. tecn. Azienda USL Imola, SSR Emilia-Romagna.
- Quintana J. M., González N., Bilbao A., Aizpuru F., Escobar A., Esteban C., San Sebastián J. A., de la Sierra E., Thomson A. (2006), *Predictors of patient satisfaction with hospital health care*, BioMed Central, Londra (Regno Unito).
- Sistema di Gestione per la Qualità – Ospedale M.G. Vannini, Roma (2017), *Indagine qualità percepita – 2017*, Rapp. tecn. Istituto Figlie di San Camillo, Regione Lazio.
- Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo – Potenza (2016), *Indagine sulla qualità percepita sull'assistenza ospedaliera, anno 2016*, Rapp. tecn., AOR San Carlo, Regione Basilicata.
- Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda ULSS 15 – Alta Padovana (2015), *Qualità percepita della cura in ospedale. Indagine di soddisfazione rivolta agli utenti dei servizi di degenza dell'ULSS 15 – Alta Padovana*, Rapp. tecn. Azienda ULSS 15, Regione Veneto.
- Xu Q. (2009), An analytical Kano model for customer need analysis, *Design Studies*, pp. 87-110.
- Zammuner V. L. (1996), *Tecniche dell'intervista e del questionario*, Il Mulino, Bologna.

Appendice

A1.1 Questionario di valutazione della qualità percepita nei servizi ambulatoriali



Azienda Ospedaliera di Padova

INDAGINE SULLA QUALITÀ PERCEPITA DA PARTE DEI PAZIENTI 2016

Unità Operativa ANGIOLOGIA Ambulatori

Gentile Signora/Signore,
chiediamo gentilmente la Sua collaborazione nel rispondere alle domande del seguente questionario.
Per noi è importante conoscere il Suo grado di soddisfazione rispetto a questo Servizio.
Le Sue osservazioni ci aiuteranno a migliorare il servizio e lo stesso nostro lavoro per i pazienti.
Le assicuriamo l'anonimato per tutelare la Sua privacy ed il rispetto delle Sue opinioni.
Ringraziamo e porgiamo distinti saluti.

Il Personale

Data _____

1° parte: personale e organizzazione UOC

1. Come valuta il tempo d'attesa dal momento della prenotazione al giorno dell'appuntamento?

pessimo mediocre buono eccellente

2. Come valuta il tempo d'attesa il giorno dell'appuntamento per ricevere la prestazione?

pessimo mediocre buono eccellente

3. Come valuta la cortesia da parte del personale medico?

pessima mediocre buona eccellente

4. Come valuta la cortesia da parte del personale infermieristico?

pessima mediocre buona eccellente

5. Come valuta le informazioni date dal personale medico?

pessime mediocri buone eccellenti

6. Come valuta le informazioni date dal personale infermieristico?

pessime mediocri buone eccellenti

7. Può dare un giudizio complessivo su questi ambulatori?

pessimo mediocre buono eccellente

Ufficio Relazioni con il Pubblico
Rev.3 del 12/10/16

2° parte: aspetti organizzativo/gestionali di carattere generale

1. Come valuta la procedura per la prenotazione?

pessima mediocre buona eccellente

2. Sono state chiare le informazioni ricevute al momento della prenotazione?

per niente poco abbastanza molto

3. Come valuta la procedura per il pagamento del ticket?

pessima mediocre buona eccellente

4. Come considera la segnaletica per raggiungere l'ambulatorio?

pessima mediocre buona eccellente

5. Come considera il comfort della sala d'attesa?

pessimo mediocre buono eccellente

6. Come considera il comfort dell'ambulatorio?

pessimo mediocre buono eccellente

Commenti, suggerimenti

Ufficio Relazioni con il Pubblico
Rev.3 del 12/10/16

A1.2 Questionario di valutazione della qualità percepita nei reparti



Azienda Ospedaliera di Padova

INDAGINE SULLA QUALITÀ PERCEPITA DA PARTE DEI PAZIENTI 2016

UNITÀ OPERATIVA CHIRURGIA TORACICA

REPARTO

Gentile Signora/Signore,
chiediamo gentilmente la Sua collaborazione nel rispondere alle domande del seguente questionario.
Per noi è importante conoscere il Suo grado di soddisfazione rispetto a questo Servizio.
Le Sue osservazioni ci aiuteranno a migliorare il servizio e lo stesso nostro lavoro per i pazienti.
Le assicuriamo l'anonimato per tutelare la Sua privacy ed il rispetto delle Sue opinioni.
Ringraziamo e porgiamo distinti saluti.

Il Personale

6. Come considera le informazioni date dal personale medico?
- pessime
 - mediocri
 - buone
 - eccellenti

7. Come considera le informazioni date dal personale infermieristico?
- pessime
 - mediocri
 - buone
 - eccellenti

8. Le sembrano adeguati gli orari di visita dei familiari?
- per niente
 - poco
 - abbastanza
 - molto

9. Secondo Lei viene rispettata la privacy?
- per niente
 - poco
 - abbastanza
 - molto

10. Come considera il comfort delle stanze?
- pessimo
 - mediocre
 - buono
 - eccellente

Data _____

1. Tipologia di ricovero : Ordinario/Week Surgery
 Day Hospital/Day Surgery

2. Come valuta l'accoglienza al momento del Suo arrivo in reparto?
- pessima
 - mediocre
 - buona
 - eccellente

3. Come considera le informazioni ricevute al momento del ricovero?
- pessime
 - mediocri
 - buone
 - eccellenti

4. Come valuta la cortesia da parte del personale medico?
- pessima
 - mediocre
 - buona
 - eccellente

5. Come valuta la cortesia da parte del personale infermieristico?
- pessima
 - mediocre
 - buona
 - eccellente

Ufficio Relazioni con il Pubblico
Rev. 3 del 12/10/16

11. Come considera le informazioni ricevute alla dimissione?
- pessime
 - mediocri
 - buone
 - eccellenti

12. Può dare un giudizio complessivo su questo reparto?
- pessimo
 - mediocre
 - buono
 - eccellente

Commenti, suggerimenti

Ufficio Relazioni con il Pubblico
Rev. 3 del 12/10/16

A1.3 Questionario di valutazione della qualità percepita nei reparti pediatrici



Regione del Veneto
 AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
 DAIS per la Salute della Donna e del Bambino
CLINICA PEDIATRICA
**Indagine sulla qualità percepita
 da parte dei pazienti 2016**



Unità Operativa: **Terapia Intensiva Pediatrica**

Gentile Signora, Egregio Signore,
 Le chiediamo pochi minuti del Suo tempo per rispondere alle domande del seguente questionario.
 Le Sue indicazioni sono molto importanti per valutare il nostro servizio e per poterne offrire uno migliore.
 La invitiamo cortesemente a indicare con una crocetta le risposte scelte e a restituire la presente scheda che può imbucare nell'apposito contenitore.

Grazie per la collaborazione!

Il Personale del Reparto

Questionario realizzato in collaborazione con: Ufficio Relazioni con il Pubblico

Data ____ / ____ / ____

Mod PED/019 Rev. 0 del 15/09/2013

Pag. 1 di 4

Come valuta i seguenti aspetti?	Pessimo	Mediocre	Buono	eccellente
1. Accoglienza al momento del suo arrivo in Reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informazioni ricevute al momento del ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cortesia da parte del personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cortesia da parte del personale infermieristico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Informazioni date dal personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Adeguatezza degli orari di visita dei familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rispetto della privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Comfort delle stanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Giudizio complessivo su questo Reparto

1 (min)	2	3	4	5 (max)
<input type="checkbox"/>				

Mod PED/019 Rev. 0 del 15/09/2013

Pag. 2 di 4

Ringraziamenti - Acknowledgements

Questo lavoro di tesi segna la conclusione di un percorso accademico durato sei anni, che mi ha cambiato enormemente come persona e mi ha messo di fronte alle prove più ardue e complesse che potessi anche solo concepire. Posso dire con assoluta certezza che non sarei mai potuto giungere al termine di questo cammino con le mie sole forze, ma che buona parte del mio successo è dovuta a tante persone meravigliose che mi hanno portato per lunghi tratti sulle loro spalle. Malgrado non tutte queste persone abbiano direttamente a che fare con la riuscita di questa tesi, ritengo doveroso ringraziare ognuna di loro dal profondo del mio cuore per avermi dato la forza di raggiungere questo obiettivo.

The present thesis marks the conclusion of a six-year academic journey that changed me enormously as an individual and made me face some of the toughest and most complex challenges in my entire lifetime. I can say with an absolute degree of certainty that I would have never been able to reach the end of this path by my own strengths, and that a sizable part of my success is due to several wonderful individuals that carried me on their shoulders for long stretches. Even though not every individual on this list was directly implicated in the success of this thesis, I feel compelled to thank each and everyone of them from the bottom of my heart, for giving me the strength to finally pursue this goal.

Ringrazio innanzitutto il professor Luigi Fabbris, relatore di questa tesi, per avermi seguito e consigliato nel modo più opportuno nel corso della sua stesura ed elaborazione e per aver stimolato il mio interesse riguardo le rilevazioni statistiche durante il corso di Indagini Campionarie; ringrazio inoltre la correlatrice Maria Giuseppina Benvegnù e tutto l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliera di Padova per avermi accolto con enorme disponibilità e calore umano durante il percorso di stage che ha ispirato questa tesi, in quella che è stata a tutti gli effetti la mia prima vera esperienza di lavoro.

Grazie ai miei genitori, a mio fratello Simone, ai miei nonni e a tutta la mia famiglia per avermi sostenuto durante tutto il mio percorso accademico, non solo dal punto di vista economico ma anche e soprattutto da quello morale. Avervi sempre accanto è una fortuna che a volte non penso di meritare, ma spero di aver ripagato i vostri sacrifici e di avervi resi orgogliosi di me portando a termine una volta per tutte questo percorso.

Grazie alla professoressa Carla Bertolli, alla dottoressa Stefania Dalla Costa e ad Ilaria Bussoli per avermi fornito l'aiuto materiale e psicologico di cui ho avuto necessità per superare i momenti più difficili della mia carriera universitaria.

Grazie a Stefano Martinelli per avermi sostenuto nella preparazione di alcuni esami e avermi offerto il suo aiuto incondizionato e il suo sostegno in alcuni momenti cruciali di questo percorso.

Grazie ad Alessandro Tognoli per il suo supporto e la sua presenza costante in questo percorso, per avermi capito forse più di chiunque altro ma soprattutto per avermi mostrato per primo la strada da percorrere. Spero di riuscire prima o poi a restituirti una minima parte di tutto quello che hai fatto per me dal giorno in cui ci siamo conosciuti.

Grazie a Giulio Fiorentino, Nicolò Giusti, Francesco Bartoloni e a tutti i miei amici di Reality House per la loro compagnia e per aver condiviso i miei successi e le mie difficoltà lungo tutti questi anni.

Grazie all'Associazione Cronometristi di Vicenza per avermi dato la possibilità di dare sfogo alla mia passione per lo sport e di confrontarmi con persone molto diverse da me sia per età che per formazione culturale e professionale, permettendomi di sviluppare delle competenze che sono sicuro mi torneranno utili nel mio futuro percorso lavorativo.

Grazie a Cristian Scarpone, Michele Imberti, Elisabetta Casarin e a tutte le persone che mi sono state vicine durante le mie esperienze come addetto stampa all'Eurovision Song Contest, per avermi accolto come uno di loro e avermi permesso di realizzare uno dei miei sogni più belli.

Thanks to Ng Zhibin for being my trusted confidant throughout the better part of this ride and for teaching me valuable lessons in awareness, environmental friendliness and self-preservation. As much as you kept telling me that good things happen to those who are willing to wait, I hope this finish line marks the beginning of even bigger and better things in my life – and that you will keep being a crucial part of those.

Thanks to Pablo Ignacio Nava Urdaneta, my friend and partner in crime, for his friendship and unconditional support even in the toughest and darkest of times. I'm still baffled at how we could grow this close in so little time, and I promise you I will do whatever in my power to make sure we end up making it physically closer. I owe this much to the guy who was right from the beginning about how this journey was going to end.

Thanks to Jacob Mateo Baker, Kent Anderson, Zachary Gates, Richard Feeney, Lee Keonmyeong, Arturo Fernandez, Alvaro Llamosas and the rest of my Furry Basketball Association family – both past and present – for taking a liking to this crazy Italian dude and opening his eyes to the world outside. Sharing ideas, making crazy stuff and having fun with you guys has been one of the highlights of these years and even if some of you have partly or entirely drifted apart, I know I will harbor the good moments we shared together for the rest of my life.

Thanks to Nate Silver of FiveThirtyEight.com for helping me build an unwavering trust and a strong conscience about the relevance of statistics and opinion polls in the real world, as well as providing an endless source of entertainment and knowledge with his analysis.

Thanks to Charlie Parsons and Mark Burnett, the creators of the Survivor franchise, for helping foster my love for reality TV and making my college years (especially the very first) infinitely less boring.

E infine un ringraziamento speciale a mia madre, Stefania Fattori, per non avere mai smesso di credere in me dal primo all'ultimo giorno di questo percorso.