



**Università Ca' Foscari – Venezia**

**L'ORGANIZZAZIONE FA LA DIFFERENZA?**

**IX Workshop dei Docenti e dei Ricercatori di Organizzazione Aziendale**

**7 – 8 Febbraio 2008**

**Track: Quali differenze per le organizzazioni nel settore sanitario?**

**PATIENT SATISFACTION E PROGETTAZIONE  
ORGANIZZATIVA: UN CASE STUDY <sup>1</sup>**

**GIAN FRANCO FRASSETTO**

Università di Salerno  
frassettofg@unisa.it

**PAOLINO FIERRO**

Università di Salerno  
fierrop@unisa.it

**LUIGI D'AMBRA**

Università di Napoli  
dambra@unina.it

**GABRIELLA MILONE**

Università di Napoli  
gamilone@unina.it

---

<sup>1</sup> Pur essendo il lavoro presentato frutto di una stretta collaborazione fra gli autori che ne condividono le ipotesi e i risultati, i paragrafi 1 e 2 sono da attribuire a Paolino Fierro, i paragrafi 3 e 4 a Gian Franco Frassetto, il paragrafo 5.1 a Luigi D'Ambrà, il paragrafo 5 e 6 a Gabriella Milone. Gli autori ringraziano per il contributo dato al progetto di ricerca Rocchina Romano e Valeria Finamore dell'Università di Napoli Federico II

## 1. Introduzione

La rilevazione della *people satisfaction* (PS) nell'ambito delle organizzazioni sanitarie rappresenta un elemento conoscitivo fondamentale per il monitoraggio delle *performance* complessive e per l'individuazione delle eventuali aree di miglioramento (Shelton. P. J., 2006; Saxton J. W, Leaman T. L., 1998). Tuttavia, le indicazioni relative alla *people satisfaction* non possono essere sufficienti ad innescare processi di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia. A tal fine, infatti, è necessario che gli elementi conoscitivi raccolti vengano incorporati in un processo di apprendimento continuo, attraverso il quale l'azione organizzativa possa effettivamente svilupparsi nel senso di un *improvement* costante delle prestazioni (Frassetto, 2003).

Si è scelto di studiare la relazione tra PS e organizzazione in quanto si è ritenuto che essa potesse essere una tra le possibili misure "indirette" del grado di coerenza esistente tra strategia e struttura.

Lo scopo del presente documento, quindi, è quello di presentare le attività svolte per la costruzione di un **modello organizzativo** che permetta di comprendere le relazioni esistenti tra caratteristiche organizzative di base e qualità percepita dei servizi e che possa naturalmente svilupparsi in un **modello prescrittivo** atto ad individuare le strategie organizzative e i fattori organizzativi su cui agire in via prioritaria al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati.

L'elaborazione di tale modello è stata articolata secondo tre macro-fasi:

- **fase 1:** individuare di alcune variabili quali-quantitative sufficienti a costruire un modello valido per indagare le organizzazioni sanitarie e procedere alla raccolta dei dati per la strutturazione del modello
- **fase 2:** individuare le possibili relazioni esistenti tra la configurazione organizzativa adottata e i livelli di *people satisfaction* così come rilevati dal gruppo di ricerca composito che si è occupato dell'elaborazione del sistema di monitoraggio della soddisfazione dei pazienti
- **fase 3:** costruire il modello prescrittivo

Da un punto di vista metodologico, la ricerca si è sviluppata come un case study (Stake, 1995; Mari, 1994; Sicca, 1994; Yin, 1989) che incorpora elementi di indagine quantitativa. L'uso dei case-study, ha permesso di operare delle inferenze su relazioni causali seguendo una stessa unità di osservazione per un periodo di tempo prolungato (Miles e Hubermann, 1994). L'analisi qualitativa ha consentito, inoltre, la raccolta di impressioni, rappresentazioni individuali o collettive di specifici eventi, in modo da evidenziare fatti non immediatamente rilevabili, ma legati alle percezioni dei singoli individui.

Le indagini di tipo quantitativo, invece, hanno permesso di raccogliere dati in modo strutturato, al fine di supportare con elaborazioni di tipo statistico le conclusioni dell'analisi condotta (Romano, 2005). Lo studio sulla PS è stato sviluppato usando il modello delle equazioni strutturali (MES).

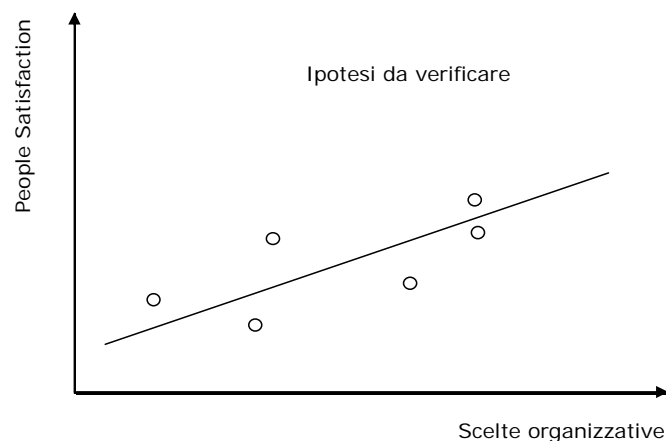
## 2. Ipotesi di partenza

L'ipotesi di partenza che si è tentato di dimostrare è che esista una correlazione tra le scelte relative alla progettazione organizzativa delle strutture sanitarie e i risultati conseguiti da tali strutture in termini di People Satisfaction.

Lo studio proposto ha inteso, quindi, valutare se le scelte effettuate a livello macro e micro-organizzativo hanno prodotto effetti immediatamente percepibili e apprezzabili sulla soddisfazione dei pazienti.

Volendo semplificare e schematizzare, lo studio tenta di dimostrare che è possibile tracciare un diagramma come quello sotto riportato (Figura 1).

Figura 1 – Le ipotesi di partenza



Fonte: Adattamento da Tartaro S. (a cura di), 2006

L'ipotesi di lavoro ha tenuto conto della complessità dello scenario che vede le organizzazioni sanitarie interagire con diverse variabili, tra le quali citiamo:

- a. l'informazione proveniente dalle aziende farmaceutiche;
- b. le aspettative del paziente ed il suo contesto socio-culturale;
- c. gli aspetti normativi che disciplinano l'attività degli operatori
- d. le specificità delle aziende ospedaliere.

La comprensione degli elementi suesposti potrebbe determinare interessanti ricadute in termini gestionali-organizzativi.

Un primo vantaggio è in termini di immagine nei confronti dei portatori di interesse (pazienti, familiari, fornitori, amministrazioni locali, ecc.) nonché di affidabilità sul reale livello di qualità dei servizi erogati.

La predisposizione di un modello organizzativo e l'individuazione di nessi causali tra le scelte effettuate e i livelli di soddisfazione raggiunti al fine della creazione di un modello prescrittivo, inoltre, porterà altri vantaggi derivanti:

- dalla disponibilità per il management sanitario di informazioni qualificate sul grado di coerenza tra struttura e qualità percepita. Il modello organizzativo permette infatti di capire su quali fattori organizzativi è necessario agire allo scopo di migliorare la qualità dei servizi
- dal miglioramento che deriva dall'assunzione di azioni correttive nell'organizzazione del servizio, con un impiego efficiente ed efficace delle risorse disponibili
- dal miglioramento tecnico professionale relativo alle scelte e alle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie

### **3. Metodologia**

L'interesse nei confronti delle problematiche inerenti la qualità (erogata e percepita) dei servizi sanitari è diventato sempre più elevato negli ultimi anni, tanto che l'importanza di conoscere o attrezzarsi per conoscere il vero livello di soddisfazione dei pazienti è stata ampiamente riconosciuta anche a livello normativo.

Tale interesse è chiaramente collegato a quello che si configura come il compito prioritario di ogni Azienda Sanitaria Locale: garantire, attraverso la gestione delle attività sanitarie e con il coinvolgimento e la collaborazione dei propri operatori e di altri soggetti pubblici e privati, che ogni paziente riceva l'insieme degli atti diagnostici e terapeutici necessari per conseguire i migliori esiti possibili (tenendo conto dello stato attuale delle conoscenze scientifiche) con il minor costo possibile ed i minori rischi iatrogeni.

Lo svolgimento ottimale di tale compito, quindi, risulta essere la condizione imprescindibile per ottenere la soddisfazione dei clienti rispetto agli interventi ricevuti, agli esiti ottenuti e alle interazioni umane avute all'interno del sistema sanitario.

La soddisfazione dei clienti tuttavia, legata sia all'erogazione della prestazione clinica in senso stretto che alla dimensione dell'ospitalità, è un fenomeno complesso, influenzato da molteplici fattori: asimmetria informativa, elementi emozionali, gravità dello stato di salute, ecc.

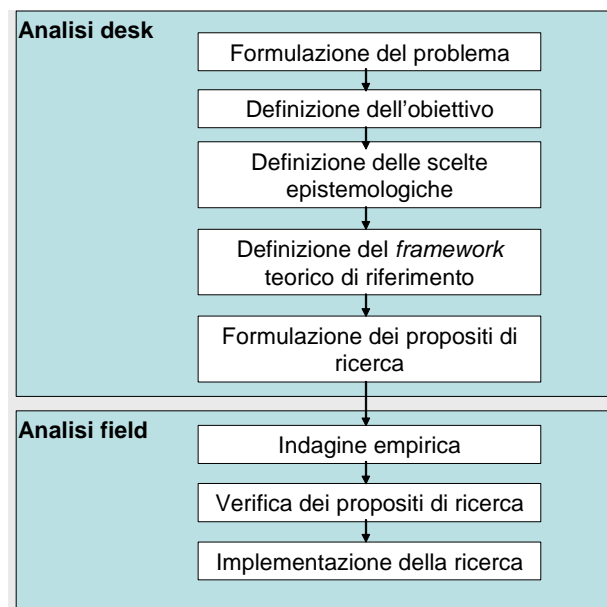
Questi fattori, non sempre completamente controllabili, influenzano in modo più o meno diretto l'effetto delle scelte organizzative effettuate e condizionano talvolta significativamente la capacità di trasformare la qualità progettata in qualità percepita.

Sono questi fenomeni complessi, il cui governo richiede la disponibilità di informazioni tempestive e di adeguati strumenti di misurazione e monitoraggio in grado di orientare l'azione organizzativa dell'azienda sanitaria.

La ricerca esplorativa si è articolata in più fasi che, seguendo il tradizionale approccio adottato nelle scienze sociali, vedono susseguirsi una fase di analisi desk, finalizzata alla definizione dei propositi di ricerca, ed una fase di analisi field, necessaria per la verifica empirica dei propositi di ricerca formulati.

La metodologia adottata può, dunque, essere rappresentata secondo lo schema riportato in Figura 2.

Figura 2 – Il percorso di ricerca



Fonte: Finamore (2006)

Per esplicitare gli aspetti procedurali ed operativi del processo di ricerca realizzato, e cioè definire le scelte epistemologiche, è stato necessario analizzare i diversi indirizzi di ricerca che la letteratura propone, infatti la limitata conoscenza del problema oggetto di studio e dei rapporti che sussistono tra le scelte organizzative e la people satisfaction ha indirizzato tali scelte verso una metodologia propria degli studi descrittivi. Un'impostazione di questo tipo, infatti, ci consente di dare alcune risposte alle ipotesi iniziali circa il tema indagato (Finamore, 2006).

<sup>2</sup> Mari (1994: 22) classifica i possibili indirizzi di ricerca in tre categorie:

- studi esplorativi, volti a specificare meglio il problema della ricerca ed ad implementare le conoscenze su un tema poco noto;

Per quanto riguarda il metodo, si è ritenuto opportuno optare per un'analisi di tipo quali-quantitativo in modo da beneficiare dei vantaggi offerti da ciascuna delle due prospettive (Miles, Huberman, 1994).

Le indagini di tipo quantitativo consentono, infatti, di raccogliere dati in modo strutturato, al fine di supportare con elaborazioni di tipo statistico le conclusioni dell'analisi condotta. Tale metodologia viene generalmente utilizzata negli studi di tipo causale, in modo da verificare o confutare la teoria formulata, sulla base dei dati statistici raccolti. Essa può, anche, essere utilizzata in un approccio multimetodo nelle ricerche di tipo descrittivo al fine di quantificare alcuni fenomeni ed evidenziare le relazioni tra gli stessi. Tuttavia, nelle ricerche di tipo descrittivo, data la complessità dei fenomeni, è opportuno integrare tale metodologia con altre, di tipo qualitativo, che consentano di formulare ipotesi interpretative maggiormente coerenti con la realtà.

Lo studio dei casi è efficace quando occorre trovare risposte a domande del tipo “come?” o “perché?”, quando si ha uno scarso controllo sugli eventi e quando il fenomeno osservato si riferisce ad aspetti della vita in corso di svolgimento ed evoluzione.

L'analisi qualitativa consente, inoltre, la raccolta di impressioni, rappresentazioni individuali o collettive di specifici eventi, in modo da portare alla luce anche fatti non immediatamente rilevabili, ma legati alle percezioni quotidiane dei singoli individui. Non è importante il numero dei casi analizzati, ma la quantità e la tipologia di informazioni ricavate dall'analisi di ciascun caso (Romano, 2004).

In sintesi, quindi, è possibile affermare che la presente ricerca si è sviluppata come un case study (Stake, 1995; Mari, 1994; Sicca, 1994; Yin, 1989) che incorpora elementi di indagine quantitativa.

#### **4. Le fasi dell'intervento**

In quel che segue viene riportato in dettaglio dell'articolazione della ricerca (Tab. 1). Tale articolazione è stata fortemente condizionata alla disponibilità di informazioni e alla possibilità di interloquire in modo efficace con le diverse strutture organizzative individuate, per cui ha subito alcune variazioni in ragione di considerazioni di natura operativa.

Tale variazioni, comunque, sono state realizzate ispirandosi a due principi guida fondamentali:

- a. garanzia di correttezza metodologica dell'analisi;
- b. garanzia dell'utilità operativa del modello sviluppato.

- 
- studi descrittivi, volti a descrivere alcuni fenomeni, evidenziando le relazioni fra gli stessi, al fine di giungere alla formulazione di una teoria;
  - studi causali, volti a determinare le relazioni di causa-effetto tra più fenomeni, al fine di validare una teoria (Finamore, 2006).

Tabella 1 – Dettaglio delle attività svolte

<b>Fase 1</b>	Individuazione delle variabili quali-quantitative adatte a modellizzare le organizzazioni sanitarie e raccolta delle informazioni necessarie all'elaborazione del modello	
	<b>Azione 1</b>	Ricostruzione della letteratura pertinente in materia e costruzione del modello di indagine
	<b>Azione 2</b>	Verifica della correttezza dell'ambito di indagine individuato e della fattibilità della ricerca
	<b>Azione 3</b>	Analisi <i>desk</i> sulla struttura sanitaria prescelta e individuazione delle carenze informative da colmare
	<b>Azione 4</b>	Formulazione delle ipotesi
	<b>Azione 5</b>	Predisposizione del piano di rilevazione in base al modello SERVQUAL
	<b>Azione 6</b>	Somministrazione dei questionari e rilevazione dei dati
	<b>Azione 7</b>	Analisi descrittiva dei dati rilevati e individuazione di eventuali carenze informative
	<b>Azione 8</b>	Analisi dei dati eventualmente raccolti ed integrazione con i risultati precedentemente individuati
<b>Fase 2</b>	Individuazione delle relazioni esistenti tra la configurazione organizzative adottate e i livelli di <i>people satisfaction</i> registrati dal gruppo di ricerca che si occupa dell'elaborazione del sistema di monitoraggio della soddisfazione dei pazienti	
	<b>Azione 1</b>	Analisi delle informazioni relative alla <i>people satisfaction</i>
	<b>Azione 2</b>	Analisi delle relazioni esistenti tra variabili organizzative e <i>performance</i> misurate in termini di soddisfazione e qualità percepita
	<b>Azione 3</b>	Interpretazione dei risultati dell'analisi e approfondimento delle relazioni causali individuate attraverso specifici <i>Focus Group</i>
<b>Fase 3</b>	Costruzione del modello prescrittivo	
	<b>Azione 1</b>	Individuazione delle variabili rilevanti ai fini della costruzione del modello
	<b>Azione 2</b>	Elaborazione di un <i>blue print</i> relativo alle azioni organizzative funzionali al miglioramento dei livelli di <i>people satisfaction</i>
	<b>Azione 3</b>	Validazione del <i>blue print</i>

Fonte: Elaborazione degli autori

Nella costruzione del modello necessario all'individuazione dei rapporti tra l'azione organizzativa e la soddisfazione dei clienti delle aziende sanitarie è stato necessario disporre di un framework di riferimento che consentisse di rappresentare in modo chiaro le variabili organizzative interne alle aziende ospedaliere ed il contesto di riferimento nel quale tali aziende operano.

Si è tenuto conto della natura pubblica dell'azienda ospedaliera oggetto di analisi e, pertanto, della forte interrelazione esistente tra sistema normativo ed azione organizzativa. Tale normativa, inoltre, oltre a rendere sempre più complesso l'ambiente di riferimento, genera fenomeni di cambiamento organizzativo di tipo esogeno, che impongono continui adeguamenti strutturali. Il cambiamento che

contraddistingue le aziende sanitarie è un fenomeno caratterizzato da una peculiarità e cioè che nella maggior parte dei casi esso è imposto dalla normativa che ne fissa gli obiettivi generali, lasciando all'autonomia dell'attore gli obiettivi specifici e le modalità operative di attuazione. Sul piano teorico tale fenomeno fa aumentare la complessità ambientale inibendo la capacità dell'attore pubblico di autoregolarsi in senso omeostatico (Compagno, 1997). Ciò vuol dire che il comportamento dell'attore non può essere meramente adattivo, ma deve tradursi in vere e proprie sperimentazioni organizzative i cui esiti non sono sempre predeterminabili. In alcuni casi, tali sperimentazioni si sono tradotte in best practice che hanno rappresentato per le altre aziende sanitarie modelli a cui tendere. Posto che negli ultimi anni si è assistito sul piano normativo ad un'enfasi sul concetto di qualità nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, il cambiamento normativo costituisce un necessario presupposto, ma non è di per sé sufficiente a modificare i modi di essere e di operare delle amministrazioni pubbliche: attuare riforme è molto più che emanare nuove leggi. Le spinte al rinnovamento introdotte attraverso i numerosi interventi normativi trovano, infatti, concretizzazione nella misura in cui le aziende sanitarie acquisiscono la capacità di utilizzo delle nuove logiche e dei nuovi strumenti gestionali. La struttura organizzativa deve perciò essere flessibile, in grado di adattarsi ai mutamenti dell'ambiente di riferimento; il salto di qualità è proprio questo: mettere a punto un modello organizzativo capace di tradurre le opportunità offerte dalle riforme in servizi di qualità al paziente. Tutto ciò premesso, si è scelto un modello interpretativo che coniuga i processi di cambiamento con la gestione della complessità organizzativa (Frassetto, 2003). Sono stati consideranti, inoltre, i singoli meccanismi organizzativi e le singole scelte come elementi basilari diversamente combinabili e liberamente interagenti tra di loro: è questo infatti un possibile modo di concepire l'organizzazione sviluppatosi nel corso degli anni 90 (Fiske, 1992; Milgrom, Roberts, 1995; Grandori, 1997) che si è affermato anche come modalità empirica e operazionalizzata di condurre ricerca nell'ultimo quinquennio (Whittington et al., 1999; Ichniowski et al., 2000; Grandori, Furnari, 2005).<sup>3</sup>

Più in particolare, le variabili organizzative utilizzate sono state seguenti:

---

<sup>3</sup> Per collocare questa ricerca in termini di fondamenti concettuali e di ricerche collegate, si vedano:

- Fiske A.P. (1992), "The four elementary forms of sociality: Framework for a unified theory of social relations", *Psychological Review* 99:689-723.
- Grandori A. (1997), "Governance structures, coordination mechanisms and cognitive models", *Journal of Management and Governance* 1/1:29-47.
- Grandori A., Furnari S. (2005), "A combinative model of organization", *Invited presentation*, MIT, March 2005.
- Ichniowski C., Shaw C., Prennushi G. (1997), "The effects of human resource management practices on productivity: A study of steel finishing lines", *American Economic Review* 87/3:291-313.
- Milgrom P., Roberts J. (1995), "Complementarities and fit: Strategy, structure and organizational change in manufacturing", *Journal of Accounting and Economics* 19: 179-208.
- Whittington R., Pettigrew A., Peck S., Fenton E., Conyon M. (1999), "Change and complementarities in the new competitive landscape: A European panel study, 1992-1996", *Organization Science* 10/5: 583-600.



1. Struttura
2. Processi
3. Risorse Umane
4. *Leadership*

L'analisi della letteratura e l'esame delle ricerche precedentemente svolte su temi analoghi a quelli oggetto del presente documento ha consentito di individuare alcuni approcci utili all'esame di ciascuna delle dimensioni rilevanti per la costruzione del modello organizzativo-interpretativo.

### **1. Struttura**

- a. Analisi *desk* dei documenti organizzativi (organigramma, eventuale mansionario, procedure standardizzate, ecc.)
- b. Interviste in profondità ai soggetti maggiormente coinvolti nell'azione organizzativa

### **2. Processi**

- a. Interviste in profondità
- b. Mappatura dei processi attraverso *flow chart* e/o la metodologia Idef0

### **3. Risorse Umane**

- a. Questionari di rilevazione del clima organizzativo
- b. Rilevazione delle competenze e delle conoscenze
- c. *Focus Group*

### **4. Leadership**

- a. Questionari sullo stile di *leadership*
- b. *Focus Group*

Ovviamente, nel quadro della presente ricerca, l'elencazione analitica appena sviluppata non può corrispondere, per ragioni di fattibilità e in ragione dei vincoli cronologici, economici ed organizzativi, ad altrettanti interventi isolati di rilevazione.

In un'ottica di efficienza ed efficacia, quindi, si è scelto di minimizzare lo stress organizzativo derivante dalla rilevazione delle informazioni necessarie allo sviluppo del modello concentrando la raccolta delle informazioni necessarie in un numero limitato di occasioni.

In particolare, dopo aver realizzato un'indagine *desk*, si è deciso di procedere alla predisposizione, somministrazione ed elaborazione di un questionario strutturato mirante a rilevare tutte le dimensioni rilevanti per la predisposizione del modello organizzativo.

Tale rilevazione è stata effettuata somministrando delle schede di valutazione, a pazienti (ai genitori o ai familiari che accompagnavano gli stessi, pressoché bambini) tese a rilevare, su una scala a cinque modalità, le percezioni dei pazienti mediante una batteria di quindici item, organizzati a loro

volta nelle cinque dimensioni dei servizi definiti nel modello Servqual (Tabella. 1). I dati raccolti riguardano anche informazioni generali sul paziente (genere, residenza, patologia), oltre che il giudizio sull'ospedale (G\_Osp), sul personale medico (G\_Med), sul personale infermieristico (G\_Inf) e sulla struttura (G\_Str).

La procedura di somministrazione prevedeva l'intervista dei pazienti (in un unico momento prima dell'abbandono della struttura. Raccolti nel periodo gennaio-settembre 2007, presso i reparti di Scienze Chirurgiche, Oncoematologia, Auxo-Endocrinologia, Otorinolaringoiatra, Oculistica, Odontoiatria, Chirurgia Generale di alcuni ospedali campani. I questionari validi sono stati complessivamente 1022 con un tasso di non risposta o risposta parziale del 9%<sup>4</sup>. Al fine di avere dati più omogenei e standardizzati nella modalità di somministrazione e nei tempi di raccolta dei questionari, è stato scelto per tutti i reparti il servizio di day hospital.

Prima di effettuare l'elaborazione statistica, in seguito alla fase di raccolta dei dati, si è ritenuto opportuno trasformare gli stessi per renderli utilizzabili, mediante prettamento dei soli punteggi ordinali che presentavano il problema della loro non confrontabilità "semantic differential" (Green e Tull, 1988). Questo aspetto, talvolta, è trascurato nell'analisi dei dati sulla soddisfazione, tuttavia, senza una loro trasformazione anche l'utilizzo della media come indice di posizione non è applicabile, in quanto la scala ordinale definisce una graduatoria di preferenza, quindi, già il computo della sola differenza tra una modalità di risposta ed una seconda non è un'operazione corretta. In seguito a detta trasformazione è stata effettuata un'analisi descrittiva dei singoli item della scheda di valutazione calcolando alcuni indici di sintesi (Tabella. 2).

Il modello così costruito e validato attraverso un apposito *Focus Group* con i referenti delle singole unità organizzative, quindi, è stato utilizzato per l'individuazione delle relazioni causali esistenti tra configurazione organizzativa e *people satisfaction* (**fase 2**).

Infine, il progetto si concluderà con la predisposizione di apposite linee guida per il miglioramento organizzativo (**fase 3**) che rappresenteranno uno strumento utile per l'azione manageriale e l'azione organizzativa necessaria ad inaugurare e gestire gli eventuali processi di cambiamento funzionali al miglioramento della qualità dei servizi erogati.

Alla luce dell'esame condotto della letteratura pertinente, del conseguente modello di indagine sviluppato e della metodologia generale di indagine prescelta (che accosta l'utilizzo di tecniche di analisi quali-quantitative alla metodologia del *case study*), si è proceduto a verificare la correttezza dell'ambito di indagine prescelto.

---

<sup>4</sup> Mediante l'intervista diretta si è potuto ridurre notevolmente la percentuale di risposta parziale (in genere compilazione del questionario delle sole aspettative), oltre a verificare come rispetto ai parametri socio-economici raccolti sui pazienti non vi sia un diverso atteggiamento nella compilazione parziale degli stessi, mentre non vi sono stati casi di rifiuto totale alla compilazione degli stessi.

Tabella. 2: Analisi Statistica Univariata sugli *Item* del Questionario

Dim.	Item	Statistiche sulle Percezioni			
		Media	Deviazione Standard	Media na	Differenza Interquartile
ASPETTI TANGIBILI A_Tan	L'ospedale ha apparecchiature moderne e funzionanti (P1)	3,00	1,22	3,09	1,96
	La struttura dell'ospedale è in buone condizioni ed è pulita (P2)	3,28	1,11	4,18	2,51
	Il personale dell'ospedale ha un aspetto curato (P3)	3,66	0,96	4,18	3,09
AFFIDABILITA' Aff	Il personale dell'ospedale mi ha fornito i servizi nel momento in cui ha promesso di farlo (P4)	3,47	0,94	4,18	2,51
	Il personale dell'ospedale si è mostrato comprensivo e rassicurante, quando ho avuto un problema (P5)	3,47	0,93	4,18	2,51
	I medici mi hanno fornito accurate informazioni sulla mia malattia (P6)	3,53	0,89	4,18	2,51
CAPACITA' DI RISPOSTA C_Ris	Il personale dell'ospedale spiega con precisione quando verrà prestato il servizio (P7)	3,59	0,91	4,18	3,09
	Il personale dell'ospedale mi ha erogato prontamente il servizio (P8)	3,73	0,78	4,18	3,09
	Il personale dell'ospedale è stato sempre disposto ad aiutarmi (P9)	3,81	0,83	4,18	4,18
CAPACITA' DI RASSICURAZIONE C_Ras	Il comportamento del personale dell'ospedale mi ha ispirato fiducia. (P10)	3,75	0,72	4,18	3,09
	Il personale dell'ospedale ha le conoscenze necessarie per rispondere alle mie domande (P11)	3,68	0,76	4,18	3,09
	Il personale dell'ospedale è sempre stato cortese nei miei confronti (P12)	3,71	0,78	4,18	3,09
	Il personale dell'ospedale riceve un adeguato sostegno dalla direzione per far bene il suo lavoro (P13)	3,64	0,80	4,18	3,09
EMPATIA Emp	Il personale ospedaliero mi ha prestato un'attenzione individuale (P14)	2,89	1,35	3,09	1
	Il personale ospedaliero ha avuto a cuore i miei principali interessi (P15)	2,70	1,33	2,51	1
PARZIALI	Giudizio ospedali (G_Osp)	3,52	0,79	4,18	1,09
	Giudizio personale medico (G_Med)	3,97	0,55	4,18	4,18
	Giudizio personale infermieristico (G_Inf)	3,67	0,84	4,18	3,09
	Giudizio struttura (G_Str)	3,28	1,08	4,18	2,51

Fonte: Elaborazione degli autori

A questo proposito si è riscontrato che l'idea di concentrarsi sull'Ospedale Pediatrico Santobono di Napoli consente di eseguire il percorso della ricerca in modo metodologicamente corretto.

In particolare, attraverso tale scelta, è possibile applicare correttamente la metodologia del *case study*, affrontando però l'oggetto della ricerca attraverso un approccio quali-quantitativo sufficientemente articolato vista la numerosità e la dimensione delle singole unità di analisi prescelte.

Attraverso il confronto con i referenti ospedalieri è stato possibile verificare la fattibilità del percorso di ricerca ipotizzato. Inoltre, concordando sulla necessità di minimizzare al massimo lo stress organizzativo derivante della rilevazione delle informazioni necessarie allo svolgimento del progetto, si è deciso di operare una prima raccolta di dati attraverso le fonti disponibili.

A valle dei focus group e degli incontri con la dirigenza ospedaliera l'ipotesi di partenza che possa esistere una qualche correlazione tra le scelte relative alla progettazione organizzativa delle strutture sanitarie e i risultati conseguiti da tali strutture in termini di *People Satisfaction* è stata scomposta in tre macroitems collegati alle dimensioni organizzative: Risorse umane, processi e struttura. Per ciascuna categoria concettuale identificata precedentemente dall'analisi della letteratura sono stati individuati alcuni item che hanno contribuito a formare la batteria di quesiti compresi nel questionario di rilevazione. Lo studio proposto ha inteso, quindi, valutare se le scelte effettuate a livello macro e micro organizzativo producano degli effetti immediatamente percepibili e apprezzabili sulla soddisfazione dei clienti.

## **5. Il caso studio: L'Ospedale Pediatrico Santobono di Napoli**

L'indagine effettuata ha avuto l'obiettivo di valutare il livello di soddisfazione dei pazienti di un ospedale pubblico campano di grandi dimensioni.

In un tale contesto, ci si è rifatti ad uno dei modelli più utilizzati in letteratura per la rilevazione della soddisfazione dei clienti, il modello Servqual (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1991).

La motivazione di tale scelta risiede nella forte semplicità applicativa ed interpretativa di tale modello, pur presentando, lo stesso l'inconveniente di non dare un'autonomia sperimentale al soddisfacimento o alla valutazione complessiva. Di fatto, quest'ultima, viene definita attraverso una sintesi, al quanto arbitraria, delle valutazioni attinenti le varie dimensioni.

Tra i sistemi di misurazione il SERVQUAL, resta, comunque uno dei più accreditati per la sua caratteristica di dominanza del carattere di attributo multidimensionale della PS, nel quale ciascuna componente corrisponde ad un costrutto concettuale, cioè ad un aspetto di un servizio ritenuto essenziale nella determinazione della qualità del servizio stesso. La variabile latente PS è resa manifesta attraverso l'attribuzione di un valore ottenuto componendo in modo additivo le valutazioni osservabili in corrispondenza delle diverse dimensioni: ne segue l'attributo formativo o compositivo del modello in esame. In particolar modo, attraverso una serie di proposizioni, la prima sezione mira a verificare le aspettative dei pazienti in relazione ad una determinata categoria di servizi; la seconda sezione mira a valutare i giudizi dei pazienti su una specifica struttura ospedaliera all'interno della categoria. Le proposizioni riguardano gli attributi (item) che il servizio dovrebbe avere (aspettativa) e che possiede (percezione). Il SERVQUAL tende a mettere in risalto la priorità assegnata dal paziente a ciascuna delle dimensioni indicate e a fornire un'indicazione sul livello delle prestazioni delle aziende ospedaliere secondo tali parametri. La chiave è verificare se esistano e dove si trovino gli scostamenti tra aspettative e percezioni dei pazienti in relazione alla qualità del servizio; ciò consentirà, successivamente, di apportare correttivi e di operare al fine di ristabilire l'equilibrio.

Entrando nel merito della costruzione delle variabili, particolare rilevanza, va data al fatto che tale approccio assume che le variabili siano categoriali ordinate, ciascuna espressa su una scala semantico-differenziale ancorata ad affermazioni estreme – come “del tutto non essenziale”, “del tutto essenziale”, “dissentito fortemente”, “concordo fortemente” – e tradotta in punteggi. I punteggi ottenuti sono generalmente assunti come espressi su una scala ad intervalli, sebbene si è visto precedentemente come si dovrebbe passare per uno scaling metrico dei dati.

Tabella 3: Dimensioni della qualità secondo il modello Servqual

<b>Dim.</b>	<b>Item</b>
<b>ASPETTI TANGIBILI</b> A_Tan	L'ospedale ha apparecchiature moderne e funzionanti ( <b>P1</b> )
	La struttura dell'ospedale è in buone condizioni ed è pulita ( <b>P2</b> )
	Il personale dell'ospedale ha un aspetto curato ( <b>P3</b> )
<b>AFFIDABILITA'</b> Aff	Il personale dell'ospedale mi ha fornito i servizi nel momento in cui ha promesso di farlo ( <b>P4</b> )
	Il personale dell'ospedale si è mostrato comprensivo e rassicurante, quando ho avuto un problema ( <b>P5</b> )
	I medici mi hanno fornito accurate informazioni sulla mia malattia ( <b>P6</b> )
<b>CAPACITA' DI RISPOSTA</b> C_Ris	Il personale dell'ospedale spiega con precisione quando verrà prestato il servizio ( <b>P7</b> )
	Il personale dell'ospedale mi ha erogato prontamente il servizio ( <b>P8</b> )
	Il personale dell'ospedale è stato sempre disposto ad aiutarmi ( <b>P9</b> )
<b>CAPACITA' DI RASSICURAZIONE</b> C_Ras	Il comportamento del personale dell'ospedale mi ha ispirato fiducia. ( <b>P10</b> )
	Il personale dell'ospedale ha le conoscenze necessarie per rispondere alle mie domande ( <b>P11</b> )
	Il personale dell'ospedale è sempre stato cortese nei miei confronti ( <b>P12</b> )
	Il personale dell'ospedale riceve un adeguato sostegno dalla direzione per far bene il suo lavoro ( <b>P13</b> )
<b>EMPATI</b> A_Emp	Il personale ospedaliero mi ha prestato un'attenzione individuale ( <b>P14</b> )
	Il personale ospedaliero ha avuto a cuore i miei principali interessi ( <b>P15</b> )

Fonte: Elaborazione degli autori

L'orientamento seguito nel caso in esame vuole essere quello di un modello esaustivo orientato al processo (D'Ambra L. & Gallo M., 2006), composto di un questionario distinto per processi e attività, composti da item personalizzati che qualificano le caratteristiche della soddisfazione, in questo caso del paziente.

In particolare, tale indagine è stata effettuata somministrando delle schede di valutazione, a pazienti (ai genitori o ai familiari che accompagnavano gli stessi, che nel caso del Santobono sono pressoché

bambini) tese a rilevare, su una scala a cinque modalità, le percezioni dei pazienti mediante una batteria di quindici item, organizzati a loro volta nelle cinque dimensioni dei servizi definiti nel modello Servqual (Tab. 1). I dati raccolti riguardano anche informazioni generali sul paziente (genere, residenza, patologia), oltre che il giudizio sull'ospedale (G\_Osp), sul personale medico (G\_Med), sul personale infermieristico (G\_Inf) e sulla struttura (G\_Str).

La procedura di somministrazione prevedeva l'intervista dei pazienti (in un unico momento prima dell'abbandono della struttura. Raccolti nel periodo gennaio-settembre 2007, presso i reparti di Scienze Chirurgiche, Oncoematologia, Auxo-Endocrinologia, Otorinolaringoiatra, Oculistica, Odontoiatria, Chirurgia Generale di alcuni ospedali campani. I questionari validi sono stati complessivamente 1022 con un tasso di non risposta o risposta parziale del 9%. Al fine di avere dati più omogenei e standardizzati nella modalità di somministrazione e nei tempi di raccolta dei questionari, è stato scelto per tutti i reparti il servizio di day hospital.

Prima di effettuare l'elaborazione statistica, in seguito alla fase di raccolta dei dati, si è ritenuto opportuno trasformare gli stessi per renderli utilizzabili, mediante prettamento dei soli punteggi ordinali che presentavano il problema della loro non confrontabilità "semantic differential" (Green e Tull, 1988). Questo aspetto, talvolta, è trascurato nell'analisi dei dati sulla soddisfazione, tuttavia, senza una loro trasformazione anche l'utilizzo della media come indice di posizione non è applicabile, in quanto la scala ordinale definisce una graduatoria di preferenza, quindi, già il computo della sola differenza tra una modalità di risposta ed una seconda non è un'operazione corretta. In seguito a detta trasformazione è stata effettuata un'analisi descrittiva dei singoli item della scheda di valutazione calcolando alcuni indici di sintesi (Tabella. 4).

### **5.1. *Il modello ad equazioni strutturali***

Generalmente, lo studio della PS è effettuato attraverso la valutazione della soddisfazione percepita dai pazienti nei confronti di aspetti del servizio erogato; tali aspetti, interpretati come dimensioni latenti della soddisfazione, sono quantificabili attraverso variabili, definite manifeste, solitamente espresse su una scala ordinale di punteggi. I legami esistenti tra variabili manifeste (VM) e variabili latenti (VL) possono essere formalizzati attraverso un preciso modello che rende rigoroso, in un primo momento, il procedimento di definizione del concetto di PS e, successivamente, la sua misurazione (Cagnone et al., 2002). Tale studio, condotto con la metodologia statistica del MES, si compone di tre fasi: costruzione del modello; analisi fattoriale ed alpha di Cronbach (verifica di attendibilità dei costrutti latenti); stima dei parametri, delle variabili latenti e analisi dei risultati.

Tabella. 4: Analisi Statistica Univariata sugli Item del Questionario

Dim.	Item	Statistiche sulle Percezioni			
		Media	Deviazione Standard	Mediana	Differenza Interquartile
ASPETTI TANGIBILI A_Tan	L'ospedale ha apparecchiature moderne e funzionanti (P1)	3,00	1,22	3,09	1,96
	La struttura dell'ospedale è in buone condizioni ed è pulita (P2)	3,28	1,11	4,18	2,51
	Il personale dell'ospedale ha un aspetto curato (P3)	3,66	0,96	4,18	3,09
AFFIDABILITA' Aff	Il personale dell'ospedale mi ha fornito i servizi nel momento in cui ha promesso di farlo (P4)	3,47	0,94	4,18	2,51
	Il personale dell'ospedale si è mostrato comprensivo e rassicurante, quando ho avuto un problema (P5)	3,47	0,93	4,18	2,51
	I medici mi hanno fornito accurate informazioni sulla mia malattia (P6)	3,53	0,89	4,18	2,51
CAPACITA' DI RISPOSTA C_Ris	Il personale dell'ospedale spiega con precisione quando verrà prestato il servizio (P7)	3,59	0,91	4,18	3,09
	Il personale dell'ospedale mi ha erogato prontamente il servizio (P8)	3,73	0,78	4,18	3,09
	Il personale dell'ospedale è stato sempre disposto ad aiutarmi (P9)	3,81	0,83	4,18	4,18
CAPACITA' DI RASSICURAZIONE C_Ras	Il comportamento del personale dell'ospedale mi ha ispirato fiducia. (P10)	3,75	0,72	4,18	3,09
	Il personale dell'ospedale ha le conoscenze necessarie per rispondere alle mie domande (P11)	3,68	0,76	4,18	3,09
	Il personale dell'ospedale è sempre stato cortese nei miei confronti (P12)	3,71	0,78	4,18	3,09
	Il personale dell'ospedale riceve un adeguato sostegno dalla direzione per far bene il suo lavoro (P13)	3,64	0,80	4,18	3,09
EMPATIA Emp	Il personale ospedaliero mi ha prestato un'attenzione individuale (P14)	2,89	1,35	3,09	1
	Il personale ospedaliero ha avuto a cuore i miei principali interessi (P15)	2,70	1,33	2,51	1
PARZIALI	Giudizio ospedali (G_Osp)	3,52	0,79	4,18	1,09
	Giudizio personale medico (G_Med)	3,97	0,55	4,18	4,18
	Giudizio personale infermieristico (G_Inf)	3,67	0,84	4,18	3,09
	Giudizio struttura (G_Str)	3,28	1,08	4,18	2,51

Fonte: Elaborazione degli autori

Prendendo le mosse dalla rilevazione della scheda di valutazione effettuata sui pazienti in merito alle diverse caratteristiche del servizio (Tab. 1), la costruzione del modello consiste, in prima analisi, nell'individuazione dei costrutti latenti che soggiacciono le diverse caratteristiche del servizio e, in seconda analisi, nella determinazione delle relazioni esistenti tra i diversi costrutti teorici.

Nella fattispecie la scheda di valutazione proposta conteneva diciannove domande relative alle percezioni dei pazienti di cui quindici relative a caratteristiche del servizio e quattro relative a caratteristiche complessive (G\_Osp, G\_Med, G\_Inf, G\_Str). Dopo un'attenta analisi, condotta di concerto con il management sanitario, si è convenuto che tali caratteristiche potevano essere utilizzate come indicatori per misurare sei costrutti latenti, di cui cinque esogeni e uno endogeno (Tabella 5).

Tabella 5: Raggruppamento delle VM in base al costrutto latente

Variabile Latente	Tipologia	Simbolo	Item Collegati
Aspetti Tangibili	Esogena	$\eta_1$	P1, P2, P3
Affidabilità	Esogena	$\eta_2$	P4, P5, P6
Capacità di Risposta	Esogena	$\eta_3$	P7, P8, P9
Capacità di Rassicurazione	Esogena	$\eta_4$	P10, P11, P12, P13
Empatia	Esogena	$\eta_5$	P14, P15
Patient Satisfaction	Endogena	$\xi$	G_Osp, G_Med, G_Inf, G_Str

Fonte: Elaborazione degli autori

Si è, pertanto, giunti all'identificazione di sei modelli di misurazione che hanno dato luogo a diciannove equazioni. Successivamente si è formalizzato il modello strutturale determinando le relazioni esistenti tra i costrutti latenti. A riguardo, si è ritenuto opportuno ipotizzare che le cinque VL esogene determinano l'unica variabile latente endogena (PS).

Prima di procedere alla stima dei parametri e delle VL del MES, è stata effettuata un'analisi fattoriale e per ciascuna VL è stato calcolato l'indice  $\alpha$  di Cronbach, che misura l'attendibilità degli item rispetto al costrutto latente. L'analisi fattoriale ha consentito di "validare" il modello strutturale ipotizzato, ovvero si è verificata l'esistenza di sei VL per analizzare l'insieme dei dati. Utilizzando come metodo di estrazione dei fattori latenti quello delle componenti principali ed effettuando una rotazione del tipo varimax sono stati estratti, sulla base dello Scree Test, sei fattori latenti significativi e, successivamente, sono stati interpretati secondo i contributi forniti da ciascun item (Tab. 6).

Si noti come ogni fattore sia ben collegato ad un gruppo di variabili pertinenti la stessa dimensione latente. Infatti, il fattore1 è collegato alle caratteristiche che sottendono il costrutto latente relativo



agli A\_Tan. Allo stesso modo il fattore2, il fattore3, il fattore4 ed il fattore5 sono collegati rispettivamente alle VM che, in fase di formulazione del modello, sono state attribuite rispettivamente ai costrutti latenti esogeni C\_Ras, Affi, C\_Ras ed Emp. Infine, le variabili G\_Osp, G\_Med, G\_Inf, G\_Str sono ben rappresentate dal fattore6 che pertanto identifica il costrutto latente PS.

Tabella. 6: Analisi fattoriale (Promax)

	Fattore1	Fattore2	Fattore3	Fattore4	Fattore5	Fattore6
Per1	0,80	0,31	0,39	-0,01	0,30	-0,08
Per2	1,02	0,13	0,04	0,38	0,17	0,10
Per3	0,77	0,16	0,13	0,29	-0,22	0,19
Per4	0,46	0,27	0,77	0,05	0,31	0,17
Per5	0,51	0,32	0,87	0,15	0,26	0,21
Per6	0,54	0,36	0,74	0,10	-0,06	0,18
Per7	0,08	0,27	0,20	0,58	0,36	0,11
Per8	0,24	0,23	0,18	0,65	0,16	0,29
Per9	0,17	0,33	0,18	0,70	0,15	0,03
Per10	0,18	0,68	0,30	0,22	0,21	0,18
Per11	0,20	0,66	0,30	0,17	0,18	0,18
Per12	0,15	0,57	0,26	0,31	0,03	-0,08
Per13	0,30	0,65	0,25	0,21	0,12	0,23
Per14	0,10	0,24	0,09	0,14	1,30	-0,03
Per15	0,07	0,29	0,07	0,16	1,16	0,09
Per16	0,51	0,13	-0,08	0,16	0,33	1,20
Per17	0,19	0,34	0,31	0,34	0,34	0,80
Per18	0,45	0,31	0,39	-0,02	0,02	0,78
Per19	0,17	0,19	0,08	0,17	0,09	1,01

Fonte: Elaborazione degli autori

Successivamente, è stato calcolato l'indice di Cronbach, in base al quale una VL si può considerare ben determinata dalle proprie VM, se il valore dell'indice risulta superiore a 0,7. L'esame è stato condotto con lo scopo principale di confermare i risultati dall'analisi fattoriale.

Tabella 7: Valori dell'alpha di Cronbach per ciascuna variabile latente

Variabile Latente	Alpha di Cronbach
Aspetti Tangibili	0,81
Affidabilità	0,77
Capacità di Rassicurazione	0,75
Capacità di Risposta	0,92
Empatia	0,90
Patient Satisfaction	0,78

Fonte: Elaborazione degli autori

La terza fase riguarda la stima dei parametri strutturali, delle VL e la susseguente analisi dei risultati. In relazione alla scelta del metodo di stima (Sarnacchiaro e Amenta, 2001) due sono gli approcci seguiti in letteratura: il Partial Least Square (Wold, 1966, 1982) e il Lisrel (Joreskog, 1970). Nel caso in questione si è optato per quest'ultima metodologia, in particolare le stime

LISREL dei parametri del modello sono state calcolate con il programma STATISTICA. Nella Tab. 5 sono riportati i risultati relativi alla stima dei modelli di misurazione, in particolare si hanno le stime dei coefficienti che legano le singole VM ai relativi costrutti latenti, unitamente all'errore standard di dette stime, alla statistica test t e al p-value. In generale, è possibile affermare che tutte le singole VM sono significative come si può osservare dai valori dei p-value. Inoltre, considerando i valori assunti dai singoli coefficienti è possibile sottolineare come, per esempio, qualora il management dovesse decidere di intraprendere un'azione di miglioramento volta ad aumentare la percezione degli A\_Tan, tra le tre VM rilevate su cui agire, sarebbe preferibile se ponesse l'attenzione sulla P2 in quanto il contributo da essa fornito per la costruzione della VL, è maggiore. Discorso analogo vale per la variabile P14 rispetto all'Emp. Differentemente per le altre tre VL il contributo fornito dalle corrispondenti VM è pressoché simile, pertanto un'azione volta al miglioramento di detto aspetto del servizio dovrebbe riguardare equamente tutte le caratteristiche manifeste.

Tabella 8: Stima e significatività statistica dei parametri

Relazione	Stima Parametro	Errore Standard	Statistica t	p-value
P1 -> A_Tan	0,80	0,05	15,79	0,00
P2 -> A_Tan	1,02	0,04	24,65	0,00
P3 -> A_Tan	0,77	0,04	20,63	0,00
P4 -> Aff	0,77	0,04	21,48	0,00
P5 -> Aff	0,87	0,03	26,21	0,00
P6 -> Aff	0,74	0,03	22,31	0,00
P7 -> C_Ris	0,58	0,04	15,13	0,00
P8 -> C_Ris	0,65	0,03	21,29	0,00
P9 -> C_Ris	0,70	0,03	21,72	0,00
P10 -> C_Ras	0,68	0,03	27,47	0,00
P11 -> C_Ras	0,66	0,03	24,09	0,00
P12 -> C_Ras	0,57	0,03	18,66	0,00
P13 -> C_Ras	0,65	0,03	21,62	0,00
P14 -> Emp	1,30	0,23	5,65	0,00
P15 -> Emp	1,16	0,17	6,82	0,00
P16 -> G_Osp	1,20	0,06	19,96	0,00
P17 -> G_Med	0,80	0,08	10,04	0,00
P18 -> G_Inf	0,78	0,10	7,89	0,00
P19 -> G_Str	1,01	0,09	11,22	0,00

Fonte: Elaborazione degli autori

In relazione alla stima del modello strutturale, esso risulta dato da:

$$PS = 0,25 \times A\_Tan + 0,16 \times Affi + 0,28 \times C\_Ris + 0,09 \times C\_Ras + 0,02 \times Emp$$

Da esso emerge che le VL che hanno una maggiore influenza nella formazione della PS sono la C\_Ris e gli A\_Tan, di minore e decrescente importanza è invece il contributo dell'Affi, della C\_Ras e dell'Emp.

Per quel che concerne la bontà dell'adattamento del modello ai dati sono stati calcolati alcuni indici, in particolare l'indice RMR (media dei quadrati dei residui), il cui valore (0,392) abbastanza vicino allo zero, consente di affermare che i residui teorici sono abbastanza vicini a quelli empirici. I valori sufficientemente elevati degli indici GFI (0,93) e AGFI (0,90) confortano, invece, sulla bontà dell'adattamento del modello. Per l'analisi della significatività dei coefficienti di regressione sono state calcolate le statistiche test t usuali. Dalle analisi numeriche è emerso che tutte le VL esogene, individuate per analizzare la variabile latente endogena (PS), risultano essere fortemente significative ad un livello significatività del 5%.

Successivamente, si è passati all'analisi delle VL stimate attraverso il modello. Per una semplicità di lettura i valori medi di tali costrutti latenti sono stati riportati su una scala centesimale (Tab. 6). Essi rappresentano una misura del gradimento espresso dai pazienti nei confronti del corrispondente costrutto teorico.

Tabella 9: Valori medi delle variabili latenti

Variabili Latenti	Aspetti Tangibili	Affidabilità	Capacità di Risposta	Capacità di Rassicurazione	Empatia	Patient Satisfaction
Valore Medio	0,60	0,68	0,75	0,72	0,62	0,63

Fonte: Elaborazione degli autori

A fronte di un valore complessivamente sufficiente della PS, dall'analisi della tabella 4.8 emerge come, in relazione al gradimento medio, le VL esogene, possono essere convenientemente raggruppate in due classi: la prima composta dalle variabili il cui gradimento è complessivamente soddisfacente (C\_Ris, C\_Ras e Affi), la seconda a cui appartengono le variabili per le quali i pazienti hanno espresso un medio livello di gradimento (Emp e A\_Tan).

Incrociando le informazioni sul gradimento con quelle ottenute attraverso la stima dei coefficienti del modello strutturale è possibile costruire la matrice degli interventi (Tab. 7), in cui le VL sono classificate sia in base all'importanza che assumono nel modello di valutazione dei pazienti, sia in base al livello medio di gradimento che hanno raggiunto. In particolare nel nostro caso avremo:

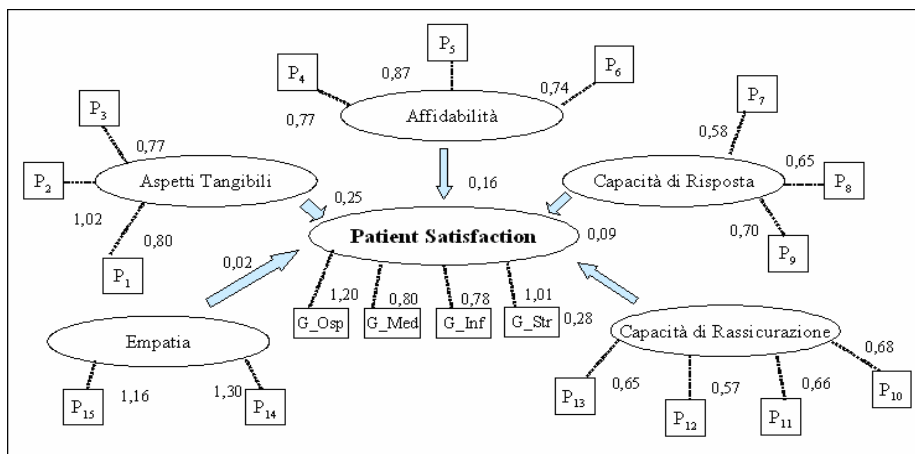
Tabella10: Matrice degli interventi

		Gradimento	
		Basso	Alto
Importanza	Bassa	Empatia	Affidabilità Capacità di Rassicurazione
	Alta	Aspetti Tangibili	Capacità di Risposta

Fonte: Elaborazione degli autori

La matrice degli interventi consente di classificare le variabili in quattro classi per ciascuna delle quali il Management Sanitario dovrà prevedere attività differenti per tempi e per intensità. Nella fattispecie (Fig. 3) appare evidente come il Management in questione debba concentrare i primi interventi sugli A\_Tan che rappresentano un aspetto fondamentale ai fini della formazione della valutazione di soddisfazione complessiva espressa dai pazienti e per i quali il livello di gradimento raggiunto è basso. Diversamente gli aspetti del servizio riconducibili alla C\_Ris rappresentano un punto di forza dell’Azienda Sanitaria perché per essi i pazienti hanno espresso un buon livello di soddisfazione e, allo stesso tempo, reputano importanti tali elementi. Gli aspetti di Affi e di C\_Ras rappresentano, in un certo senso, un surplus che l’Azienda Sanitaria offre ai propri pazienti, in quanto pur non essendo ritenuti particolarmente importanti, questi ultimi ne sono soddisfatti; in ultimo l’Emp per la quale sono risultati bassi sia la valutazione di gradimento che il grado di importanza che i pazienti attribuiscono a tale dimensione.

Figura. 3: Parametri determinati mediante i metodi Lisrel e PLS



Fonte: Elaborazione degli autori

## 6. Brevi conclusioni

Posto che i risultati dell'indagine empirica sono stati recentemente codificati, il progetto di ricerca non può dirsi concluso poiché da tali risultati dovrà emergere un documento prescrittivo atto a suggerire al management sanitario le opportune strategie organizzative sottese al miglioramento della qualità percepita. È possibile, però, analizzando in chiave organizzativa i risultati derivanti dall'evidenza empirica validare l'ipotesi iniziale ovvero la correlazione positiva tra organizzazione e qualità percepita. Tuttavia se cerchiamo di declinare tale correlazione rispetto alle variabili organizzative prescelte ovvero: struttura, processi, risorse umane e leadership, è chiara una prevalenza della variabile risorse umane rispetto alle altre in termini di incidenza. Ciò vuol dire che almeno nell'azienda ospedaliera censita la percezione della qualità del servizio sanitario dipende in parte dalla dotazione strutturale dell'ospedale (posti letto, tecnologie etc.), mentre è determinante il fattore umano (misurato attraverso l'empatia, la capacità di risposta e di riassicurazione). Tale considerazione suggerisce, in termini generali l'individuazione di architetture integrate e coerenti di organizzazione-tecnologia-risorse umane. In altri termini si sostiene che la qualità percepita dipende sempre più da variabili organizzative di tipo soft (clima organizzativo e risorse umane) piuttosto che di tipo hard (strutture e/o processi).

### Bibliografia

AUERBACH, STEPHEN KIESLER, DONALD, *Relationship of Interpersonal Behaviors and Health-Related Control Appraisals to Patient Satisfaction and Compliance in a University Health Center in* "Journal of American College Health"; January 2007, Vol. 55 Issue: Number 6 p333-340, 8p

BABAKUS E., MANGOLD G. (1992) *Adapting the Servqual Scale to Hospital services: An Empirical Investigation*, in "Health Services Research", Vol. 26 No.6, pp.767-80.

BODNAR, B., *Customer-centric Strategies*. In "Marketing Health Services", Summer2007, Vol. 27 Issue 2, p38-39, 2p

CRONIN J.J., TAYLOR S.A.(1994), *Servperf versus Servqual: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality*, in "Journal of Marketing", Vol. 58 No. January, pp.125-31.

FISKE A.P. (1992), "The four elementary forms of sociality: Framework for a unified theory of social relations", in "Psychological Review", 99:689-723.

FINAMORE V., (2006), *La valutazione della strategia negli Enti Locali: l'applicazione delle Balanced Scorecard*, Tesi di dottorato di ricerca in Scienze Aziendali XVII Ciclo, <http://www.fedoa.unina.it>

FRASSETTO G. F., (2003), *Organizzare per competere: cambiamento e apprendimento*, Giappichelli, Torino

GALLO M, MACCARONE S, AMENTA P., LOMBARDO R., SARNACCHIARO P. D'AMBRA L., (2004) *Analisi statistica multivariata per la valutazione della Patient Satisfaction*, in PAGANO A. E VITTADINI G (a cura di), *Qualità e valutazione delle strutture sanitarie*, Etas, Milano

GOMBESKI JR., WILLIAM R., *Satisfaction trumps quality?* in “Marketing Health Services”, Summer2007, Vol. 27 Issue 2, p3-3, 1/2p

GORI E., VITTADINI G. (1999) *La valutazione dell'efficienza ed efficacia dei servizi alla pubblica utilità. Impostazione e metodi*, in “Qualità e valutazione nei servizi di pubblica utilità”, Etas, Milano, pp. 142-154.

GRANDORI A. (1997), *Governance structures, coordination mechanisms and cognitive models*, in “Journal of Management and Governance” 1/1:29-47.

GRANDORI A., FURNARI S. (2005), *A combinative model of organization*, Invited presentation, MIT, March 2005.

HAIGNEY, S., *New Wellness Centers Provide Resources* in “Physician's Money Digest”, Sep2007, Vol. 14 Issue 9, p16-16, 1/3p

ICHNIOWSKI C., SHAW C., PRENNUSHI G. (1997), *The effects of human resource management practices on productivity: A study of steel finishing lines*, in “American Economic Review” 87/3:291-313.

LEBBIN, M., *How Satisfied Are Your Employees? Making the Employee/Patient Satisfaction Connection*. In Trustee, Jun2007, Vol. 60 Issue 6, Special section p1-4, 3p

LOVAGLIO P. (2002) *La stima di variabili latenti da variabili osservate miste*, Statistica in press.

MCMANUS, B, *A Prescription for Excellence* in “Healthcare Executive”, Sep/Oct2007, Vol. 22 Issue 5, p70-70, 2/3p

MILGROM P., ROBERTS J. (1995), *Complementarities and fit: Strategy, structure and organizational change in manufacturing*, in “Journal of Accounting and Economics” 19: 179-208.

OLIVER R. L. (1993) *A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts*, in “Advances in Service Marketing and Management: Research and Practice”, 2, JAI Press.

PORTER-O'GRADY, T. *Push parameters forward using evidence-based approaches.*, Nursing Management, Jun2007, Vol. 38 Issue 6, p58-61, 3p

ROMANO R., (2004), *La creazione di valore nei servizi sanitari: il benchmarking tra i Medici di Medicina Generale*, Tesi di dottorato di ricerca in Economia Aziendale XV ciclo

ROMANO R., *La creazione di valore nei servizi sanitari: il benchmarking tra i Medici di Medicina Generale*, in “Atti del Convegno AIDEA Giovani L'innovazione nella Pubblica Amministrazione: teoria e prassi” – Università degli Studi di Roma Tor Vergata, 15 luglio 2005

- SARNACCHIARO P., AMENTA P. (2001) *L'ACIMO-PLS e i Modelli Strutturali per la valutazione multi-modulo nelle Customer Satisfaction: un approccio integrato*, Roma.
- SCHVANEVELDT S.J., ENKAWA T., MIYIKAWA M.(1991), *Consumer evaluation perspectives of service quality: evaluation factors and two-way model of quality* in “Total Quality Management”, vol. 2, n. 2.
- STAKE, R.E. (1995), *The Art of Case Study Research*, Sage, London
- TARTATO S. (a cura di), (2006), *Sperimentazione di monitoraggio sull'impatto dell'Educazione Continua in Medicina*, Edi.Ermes, Milano
- VITTADINI G. (2004) *Metodi di valutazione statistici di strutture sanitarie*, in *Statistica & Società*, anno II, 2
- WALKER, T., *PPOs face more quality measures*, in “Managed Healthcare Executive”, Sep2007, Vol. 17 Issue 9, p9-9, 1p
- WHITTINGTON R., PETTIGREW A., PECK S., FENTON E., CONYON M. (1999), *Change and complementarities in the new competitive landscape: A European panel study, 1992-1996*, in “Organization Science” 10/5: 583-600.
- WOLD H. (1966) *Estimation of Principal Components and Related Models by Iterative Least Squares*, in “Multivariate Analysis”, ed. Krishnaiah. New York: Academic Press.
- WOLD H. (1982) *Soft Modelling: the basic design and some extensions*, in “Systems under indirect observation: Causality, structure, prediction”, North Holland, Amsterdam, 2, 1-54.
- WRIGHT B. D., LINACRE J. M. (1989) *Observations are Always Ordinal: Measures, However, Must be Interval* in “Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, 70
- WRIGHT B. D., MASTERS G. N. (1982) *Rating Scale Analysis, Rasch Measurement*. MESA.
- YIN, R.K. (1989), *Case Study Research Design and Methods*, Sage, London
- ZANELLA A. CERRI M (1999) *La misura di Customer Satisfaction: qualche riflessione sulla scelta delle scale di punteggio* in “Valutazione della qualità e Customer Satisfaction: il ruolo della statistica. - Aspetti oggettivi e soggettivi della Qualità”. Atti della Giornata di studio promossa dall'AICQ, Bologna, 24 settembre 1999, pp. 217-231.