Qualità assistenziale percepita dai ricoverati in ospedale: messa a punto di uno strumento valutativo

N. Nante*,**, A. Fattorini***, N. Groth*, R. D'Ostuni***, C. Quercioli*, F. Moirano***,****

Parole chiave: Qualità percepita, soddisfazione dell'utenza, assistenza ospedaliera, psicometria, Italia
Key words: Perceived quality, patients' satisfaction, hospital care, psychometrics, Italy

Summary

Developing an instrument for the assessment of the perceived quality of hospital care in Italy

The present pilot study describes the development of a new instrument for measuring patient satisfaction with hospital care in Italy. The questionnaire was tested in a random sample of discharged patients at the Biella Hospital in 1996. The self-administered questionnaire included a total of 40 items, defined by either objective (reports) or subjective (ratings) assessments. Twenty-seven subjective items contributed to the construction of 5 scales, each of them describing a specific area of interest, such as medical care and nursing, organisation, comfort and the overall outcome of care. The sample included all inpatients discharged from medical and surgical wards in the first week of September 1996, representing 2% of all hospital stays in that year. All participants received the questionnaire at home 3 months after discharge from hospital. Psychometric characteristics of the questionnaire were documented in terms of acceptability, validity, reliability and the ability to discriminate different levels of satisfaction in various patient groups. Each area of satisfaction was analysed by descriptive statistics (mean, standard deviation).
One-hundred-and-ninety of the 313 eligible patients (60,7%) filled in the questionnaire; such compliance can be considered a sign of good acceptability of the questionnaire and of its mode of administration. Psychometric analyses resulted in a convincing construct validity and reliability, as described by the Cronbach Alpha coefficient estimates. Mean satisfaction scores rated above 2,5 points (on a 4-point scale); 73% of the responders were satisfied with the hospital care received. These analyses demonstrate a good performance of the questionnaire in terms of both validity and reliability, suggesting that this instrument can represent a solid base for future applications. In addition, we observed high satisfaction ratings for all areas of interest, similarly to what has been found in other international satisfaction surveys reported in the literature. Finally, this study calls once more for the need to better define the concept of satisfaction in health care, as well as to create more sensitive measures to further discriminate different levels of satisfaction.

Introduzione

La ricerca nel campo della soddisfazione dell'utenza prese grande impulso negli anni '80 negli Stati Uniti in seguito alle forti pressioni derivanti dalla competizione nel mercato sanitario (6, 17, 32, 38, 44, 57, 66, 68-69, 74); essa è divenuta di grande attualità in

* *Ist. di Igiene, Lab. di Programmazione ed Organizzazione dei Servizi Sanitari, Università degli Studi di Siena*
** *Azienda Ospedaliera Senese, Unità Operativa di Epidemiologia, Regione Toscana, Siena*
*** *Azienda Sanitaria Locale 12, Ospedale degli Infermi, Regione Piemonte, Biella*
**** *Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle, Direzione Generale, Regione Piemonte, Cuneo*

Italia dopo l'introduzione al metà degli anni '90 della "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari" (21, 22). Questo momento ha segnato il passaggio del sistema sanitario da una fase in cui la qualità percepita non era vista come una priorità (e quindi non era rilevata e quantificata), ad una fase in cui si è affermato il principio per cui anche le strutture sanitarie (come qualunque azienda in un mercato competitivo) devono misurarsi con il metodo della garanzia di qualità. Sono così aumentate, anche in Italia, le iniziative di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti e dei segnali di disservizio (8-9, 12, 15). In tali indagini utente, sia esso un cittadino (utente potenziale) o una persona con un problema e/o malattia (utente effettivo o paziente), viene considerato fonte di informazioni (reports) o giudizi (ratings) su aspetti generali o specifici relativi alla struttura, ad un momento assistenziale o ad un percorso diagnostico-terapeutico. Queste iniziative hanno da una parte enfatizzato la centralità del cittadino/utente con i suoi bisogni, le sue esigenze e i suoi giudizi, dall'altra sollevato numerosi problemi d'ordine metodologico ed operativo. Quest'ultimi sono in parte legati al fatto che la soddisfazione in ambito sanitario ha una dimensione soggettiva che può essere indipendente rispetto alla qualità oggettiva e all'efficacia dell'intervento sanitario (che il paziente spesso non è in grado di valutare ed apprezzare sotto il profilo strettamente tecnico); in parte sono in relazione alla multidimensionalità della soddisfazione, che non si limita agli esiti clinici, ma abbraccia anche aspetti comunicazionali (rapporto operatore sanitario-paziente) (5, 33, 39, 54, 58), di tempestività dell'intervento clinico o diagnostico (16), alberghieri, ecc.

Questi rilievi sono stati definiti dagli autori anglo-sassoni "out-of-skin" in quanto, pur essendo soggettivi e inerenti al dominio della salute e dell'assistenza, non appartengono in senso stretto al dominio "interno" della salute o della vita ma ad aspetti "esterni" qualitativi o quantitativi del momento assistenziale (11). La rilevazione di tale soggettività segue le leggi della psicometria, scienza che permette di tradurre opinioni ed informazioni in scale che consentono di misurare attributi e caratteristiche individuali. Questo approccio è stato utilizzato classicamente per la descrizione e valutazione della qualità della vita correlata alla salute (Health Related Quality of Life - HRQOL) (66) e in un secondo momento della qualità dell'assistenza sanitaria (42). Si osserva che sempre più frequentemente le misure psicometriche vengono proposte come strumento complementare agli indicatori di beneficio clinico per quantificare il risultato di un determinato trattamento o momento assistenziale (26).

In un primo momento, dietro l'urgenza che il D.L. 502/92 (18) ed i successivi D.P.C.M. del 27 gennaio 1994 (21), D.P.R. del 19 maggio 1995 (22), D.D. del 24 luglio 1995 (19) e D.D. del 15 ottobre 1996 (20) conferivano all'avvio di iniziative di valutazione di qualità da parte delle Aziende Sanitarie, abbiamo sviluppato un questionario di rilevazione della soddisfazione dell'utenza ospedaliera con caratteristiche di breve e facile applicazione. In seguito lo strumento è stato sottoposto ad una approfondita validazione saggiando, oltre la fattibilità, l'affidabilità, la validità e le capacità di distinguere fra i vari livelli e componenti di soddisfazione in gruppi di ricoverati. Le indicazioni scaturite dall'indagine pilota e dal saggio psicometrico sono l'oggetto di questa presentazione, che ha per obiettivo la messa a punto dello strumento.

Materiali e metodi

Il questionario

In base ad una ricerca bibliografica sulle esperienze precedentemente acquisite in Ita-

lia (8-9, 12, 15, 22) ed all'estero (4, 28, 36) è stato sviluppato un questionario per misurare la soddisfazione dell'utenza ospedaliera nei confronti dell'assistenza ricevuta. Il questionario (allegato 1) includeva una sezione anagrafica, una sezione composta di 40 domande con risposte a carattere chiuso e una parte dedicata a eventuali suggerimenti (aperti). Il 70% delle domande richiedeva un giudizio su una scala di 4 punti dove "1" rappresentava il livello di gradimento più basso e "4" il più alto. L'opzione "non so" veniva considerata come un *missing item*. Dall'insieme di questi item sono state costruite 5 scale, ognuna delle quali descriveva una specifica area d'interesse, distinguendo fra aspetti medici ed infermieristici, organizzativi ed alberghieri e sollecitando un giudizio sull'esito dell'intervento sanitario. Per quanto riguarda la modalità di somministrazione del questionario si è dato credito a quelle indicazioni della letteratura di riferimento (28, 35, 40, 70) che fanno preferire l'autocompilazione rispetto all'intervista telefonica o "face-to-face" e l'indagine a paziente dimesso piuttosto che in corso di ricovero.

Arruolamento e raccolta dati

L'applicazione sperimentale del questionario è stata effettuata nel contesto di uno studio pilota condotto nel 1996 in tutti reparti (sia medici che chirurgici) dell'Ospedale degli Infermi di Biella (ASL 12 della Regione Piemonte). Sono stati prescelti come campione i dimessi nella prima settimana (lunedì-venerdì) di settembre del 1996, che rappresentavano circa il 2 % dei ricoveri di tutto l'anno (Tabella 1). Il campione si riferiva esclusivamente a pazienti in regime di ricovero ordinario, escludendo quelli in *Day Hospital*, così come i pazienti ambulatoriali. I reparti di terapia intensiva (anestesia e rianimazione, unità coronarica, terapia intensiva neonatale) e di psichiatria sono stati esclusi dal campionamento per le caratteristiche particolari dei loro pazienti, che non avrebbero consentito una raccolta dei dati di adeguata qualità e completezza.

A distanza di 3 mesi dalla dimissione dall'ospedale, ad ogni paziente eleggibile per lo studio è stato inviato a domicilio il questionario unitamente ad una lettera di accompagnamento e ad una busta pre-affrancata per la risposta di ritorno. L'invio era preceduto da una campagna di sensibilizzazione a mezzo stampa e da telefonate individuali di informazione. In caso di mancata risposta, il paziente è stato contattato telefonicamente e gli è stato inviato un secondo questionario.

Analisi statistiche

Sono state condotte analisi descrittive (medie, deviazioni standard) dei livelli di soddisfazione rilevati per i vari aspetti dell'assistenza oggetto di studio ed analisi psicometriche per valutare le *performances* del questionario utilizzato nell'indagine.

Per quanto riguarda le valutazioni psicometriche, sono stati inclusi nelle analisi i 27 item del questionario che richiedevano al paziente l'espressione di un giudizio; i restanti 13 item erano stati inseriti per ancorare la parte soggettiva del questionario a dati obiettivabili (es. tempi di attesa, numero di servizi igienici, ecc.) e pertanto sono stati analizzati separatamente.

Sono stati analizzati in primo luogo i dati grezzi relativi alle frequenze di risposta e ai dati mancanti, al fine di individuare problemi a livello dei singoli item quali l'incomprensibilità e/o un carattere particolarmente imbarazzante della domanda.

È stata testata l'ipotesi di una convergenza interna dei quesiti, cioè una correlazione fra un quesito e il punteggio totale della propria scala, dopo avere tenuto conto della "sovrapposizione" tra ciascun quesito e il proprio totale di scala. La sovrapposizione si riferisce al fatto che il punteggio di un singolo item è anche parte del punteggio della pro-

pria scala; viene pertanto sottratto il punteggio dell'item considerato da quello della scala, al fine di evidenziare la vera correlazione tra un singolo item e la somma di tutti gli altri quesiti che appartengono alla stessa scala.

Infine, è stata valutata l'affidabilità del questionario, calcolando l'*alfa di Cronbach* (14), ovvero il rapporto tra la somma della covarianza dei punteggi di tutti i quesiti e la varianza totale dei quesiti stessi (consistenza interna delle risposte). Tale parametro si può interpretare come una media dei coefficienti di correlazione calcolati per ogni possibile divisione dei quesiti in due gruppi di uguale dimensione. La valutazione dell'affidabilità di una scala consiste nella stima di quanto la variazione nel punteggio sia reale o vera, invece che essere dovuta al caso o a errori casuali. Il grado di affidabilità stimato dall'*alfa di Cronbach* viene espressa come proporzione: per esempio, un grado di affidabilità di 0.70 indica che la varianza misurata si può considerare affidabile al 70%. Il livello minimo di affidabilità accettabile per il confronto fra gruppi di individui non richiede un coefficiente elevatissimo: sono ritenuti accettabili valori fra 0.50 e 0.70 (53). Fattori in grado di modificare l'affidabilità di una scala sono la lunghezza della scala stessa (n° di item) e la correlazione *inter-item* (correlazione fra i singoli item). Infine, le correlazioni fra scale, anche chiamati valori di omogeneità *inter-scala*, al di sopra del loro indice di affidabilità indicano che le due scale sono state costruite per misurare lo stesso concetto, mentre valori di omogeneità *inter-scala* al di sotto del loro indice di affidabilità significano che vengono misurati fenomeni distinti. In questo modo si può determinare se la scala è stata in grado di misurare quello per cui è stata costruita e se i risultati sono interpretabili.

Per tutte le analisi è stato utilizzato il software MAP-R 0.1 per Windows (67).

Risultati

Sono stati identificati 313 pazienti eleggibili per lo studio, a cui è stato inviato a casa il questionario da compilare. Al primo invio la percentuale di risposte pervenute è stata pari al 50,7% (n=159). Per indagare sono stati ricercati telefonicamente i "*non responders*" (n=154, 49,2%), ottenendo le seguenti informazioni:

- 62 pazienti dichiaravano di non aver ricevuto il questionario: controllato l'indirizzo, a questi è stato effettuato un secondo invio in data 5 marzo 1997;
- 8 pazienti risultavano deceduti;
- 17 non sono stati in grado di compilare il questionario perché ammalati o anziani, analfabeti o handicappati;
- 25 dichiaravano di averlo spedito o si ripromettevano di inviarcelo;
- di 25 persone non si conosceva il recapito telefonico o il numero a disposizione risultava non attivo: anche a questi è stato effettuato un secondo invio del questionario in data 5 marzo 1997;
- dei rimanenti 17, alcuni si rifiutavano decisamente di compilare il questionario, altri, dichiarando problemi familiari, non trovavano il tempo necessario per compilarlo.

Il secondo invio ha determinato l'arrivo di altri 31 questionari compilati (9,9%); pertanto, i risultati di questo studio si riferiscono ad un totale di 190 pazienti, pari al 60,7% del campione selezionato. Le caratteristiche del campione sono descritte in Tabella1. Si osserva una percentuale di *responders* maggiore tra i soggetti di sesso maschile e nelle fasce di età centrali (in particolare nella fascia 55-64 anni). Per quanto riguarda il livello di scolarità, il 50% dei partecipanti aveva conseguito la sola licenza elementare e l'8% non era in possesso di alcun titolo di studio. Circa il 50% dei ricoveri relativi al campione dei *responders* aveva avuto carattere d'urgenza.

Tabella 1 - Composizione del campione (n° 313) a cui è stato inviato il questionario

		rispondenti al 1° invio (n° 159)	rispondenti al 2° invio (n° 31)	non rispondenti (n° 123)
Sesso	Maschi	49%	58%	40%
Fasce di età (anni)	0-18	3%	0%	7%
	19-30	8%	16%	17%
	31-54	23%	29%	24%
	55-64	20%	19%	11%
	65-74	23%	23%	11%
	≥ 75	23%	13%	30%
Età media (anni)		58	52	54
Scolarità	Nessuna	7%	3%	n.r.
	Lic. Elementare	52%	53%	n.r.
	Lic. Media	24%	23%	n.r.
	Diploma	17%	13%	n.r.
	Laurea	1%	7%	n.r.
Residenza	Prov. Biella	92%	87%	90%
	Prov. Vercelli	6%	7%	7%
	Altre	2%	6%	3%
Tipo di ricovero	Urgente	55%	44%	n.r.
	Programmato	45%	56%	n.r.

n.r. = non rilevato

Analisi psicometriche

In Tabella 2 sono rappresentati i dati relativi a tutti i questionari compilati. Per ogni item è indicata la scala di appartenenza, il *range* di valori possibili, il numero e la percentuale dei dati mancanti e le frequenze di distribuzione delle singole risposte. Inoltre sono riportati i valori mancanti e quelli *out-of-range* per ogni scala. Si nota che item e scale presentano dati mancanti in misura inferiore al 10%, fatta eccezione per gli item D30 (scala assistenza medica), D31 (scala assistenza infermieristica), C18 (scala aspetti alberghieri), ma soprattutto A4, F38 e D27-29 della scala aspetti organizzativi per la quale la percentuale di dati mancanti è del 31,8%. Le frequenze delle singole risposte sono distribuite in modo tendenzialmente asimmetrico verso i valori più alti, ad esprimere un giudizio generalmente positivo sulla qualità percepita.

La Tabella 3 rappresenta le medie e le deviazioni standard registrati per i singoli quesiti e per le scale, unitamente alle loro correlazioni. Le medie delle scale sono state calcolate sulla base dei 150 soggetti che avevano risposto ad almeno il 50% degli item in ogni scala (metodo *half-scale)* (67). La media più alta (3,31) si riscontra per il quesito B7 (scala assistenza medica), mentre quella più bassa (2,37) si riferisce al quesito C18 (scala aspetti alberghieri). In totale il 33% degli item raggiunge una media superiore a 3. Per una descrizione più dettagliata dei risultati raggruppati per scale rimandiamo al paragrafo successivo.

Le correlazioni del quesito con la propria scala, corrette per sovrapposizione, risultano essere omogenee (fatta eccezione per C17,

Tabella 2 - Descrizione dei dati complessivi al livello di item e scale (n° 190)

Nome Scala	N° di item	Nome item	Item range	N° item mancanti (%)	Frequenza delle risposte 4	3	2	1	N° totale di missing items per scala (%)	N° out-of-range per scala (%)
Assistenza medica	6	B7	1 - 4	5 (2,6)	83	80	20	2		
		D19	1 - 4	4 (2,1)	56	85	23	22		
		D20	1 - 4	5 (2,6)	54	79	40	12		
		D22	1 - 4	3 (1,6)	67	95	19	6		
		D30	1 - 4	44 (23,2)	32	60	25	29		
		G39	1 - 4	10 (5,3)	40	70	62	8	71 (6,2)	0 (0)
Assistenza infermieristica	5	B8	1 - 4	10 (5,3)	72	85	19	4		
		D21	1 - 4	5 (2,6)	45	100	30	10		
		D23	1 - 4	4 (2,1)	67	98	16	5		
		D31	1 - 4	36 (18,9)	30	78	29	17		
		G40	1 - 4	11 (5,8)	40	81	52	6	66 (6,9)	0 (0)
Aspetti alberghieri	9	C9	1 - 4	3 (1,6)	67	98	18	4		
		C11	1 - 4	6 (3,2)	35	95	38	16		
		C12	1 - 4	6 (3,2)	60	105	16	3		
		C13	1 - 4	8 (4,2)	21	80	53	28		
		C14	1 - 4	8 (4,2)	35	85	39	23		
		C15	1 - 4	8 (4,2)	25	100	47	10		
		C16	1 - 4	10 (5,3)	43	102	29	6		
		C17	1 - 4	8 (4,2)	7	89	80	6		
		C18	1 - 4	27 (14,2)	12	54	58	39	84 (4,9)	0 (0)
Aspetti organizzativi	6	A4	1 - 3 riv	103 (54,2)	11	40	36	0		
		D24	1 - 4	13 (6,8)	27	106	24	20		
		D25	1 - 4	13 (6,8)	28	106	26	17		
		D27	1 - 4	69 (36,3)	30	62	18	11		
		D28	1 - 4	92 (48,4)	17	50	16	15		
		D29	1 - 4	73 (38,4)	15	68	16	18	363 (31,8)	0 (0)
Esito di cura	1	F 38	1 - 4	20 (10,5)	51	100	13	6	20 (10,5)	0 (0)

riv = punteggio dell'item è invertito rispetto agli altri

D24, D25) e superano il valore di 0.40, considerato essere lo standard minimo di accettabilità per la convergenza interna, con un elevato indice di successo (24/27) degli item. La stessa tabella permette anche di valutare la capacità discriminativa, effettuando un confronto tra le correlazioni di ciascun quesito e le scale "non proprie". Tali correlazioni sono risultate inferiori alle correlazioni con le proprie scale, eccetto per i quesiti C17 e D24. Pertanto, è stata confermata la validità del questionario in relazione all'assemblaggio degli item con le varie scale.

La Tabella 4 riporta i valori dei coefficienti *alfa di Cronbach* per le singole scale e le percentuali di risposta con i valori più alti e più bassi realizzati (*ceiling* e *floor effect*). Si nota che tutte le scale presentano un indice di affidabilità superiore a 0.75 (range 0.76-0.92), collocato ampiamente sopra il limite

Tabella 3 - Convergenza e divergenza dei quesiti (correlazione tra ciascun quesito e la scala a cui è ipotizzato appartenere)

Nome scala	N° di item	Nome item	Media item	SD	CORRELAZIONI SCALE					Media di scala
					Assistenza medica	Assistenza infermierist.	Aspetti alberghieri	Aspetti organizz.	Esito di cura	
Assistenza medica	6	B7	3,31	0,72	0,73*	0,54	0,58	0,44	0,39	
		D19	2,92	0,97	0,82*	0,53	0,56	0,50	0,43	
		D20	2,94	0,90	0,79*	0,57	0,61	0,46	0,36	
		D22	3,18	0,77	0,81*	0,61	0,62	0,48	0,32	
		D30	2,73	0,97	0,72*	0,56	0,59	0,47	0,29	
		G39	2,77	0,87	0,75*	0,66	0,65	0,47	0,41	2,98
Assistenza infermierist.	5	B8	3,27	0,76	0,61	0,78*	0,60	0,36	0,18	
		D21	2,99	0,79	0,55	0,70*	0,56	0,33	0,20	
		D23	3,25	0,72	0,60	0,84*	0,61	0,35	0,19	
		D31	2,86	0,83	0,52	0,70*	0,52	0,38	0,17	
		G40	2,89	0,81	0,61	0,74*	0,61	0,36	0,15	3,05
Aspetti alberghieri	9	C9	3,28	0,68	0,50	0,60	0,73*	0,33	0,07	
		C11	2,83	0,87	0,55	0,49	0,69*	0,41	0,10	
		C12	3,26	0,62	0,51	0,61	0,75*	0,35	0,03	
		C13	2,61	0,88	0,56	0,52	0,72*	0,39	0,03	
		C14	2,78	0,89	0,61	0,53	0,65*	0,35	0,17	
		C15	2,83	0,74	0,60	0,54	0,74*	0,40	0,08	
		C16	3,01	0,71	0,41	0,42	0,57*	0,24	0,12	
		C17	2,55	0,59	0,28*	0,24	0,21°	0,10	0,11	
		C18	2,37	0,88	0,53	0,48	0,61*	0,46	0,14	2,84
Aspetti organizz.	6	A4	3,23	0,56	0,45	0,36	0,26	0,53*	0,23	
		D24	2,77	0,82	0,35	0,26	0,37*	0,36°	0,07	
		D25	2,87	0,78	0,34	0,17	0,27	0,35*°	0,30	
		D27	2,92	0,78	0,42	0,36	0,39	0,62*	0,20	
		D28	2,77	0,79	0,47	0,39	0,42	0,70*	0,22	
		D29	2,75	0,82	0,29	0,21	0,23	0,53*	0,34	2,89
Esito di cura	1	F 38	3,15	0,72	0,43	0,21	0,13	0,27*	–	3,15

* : correlazioni più alte nella stessa riga
° : correlazione inferiore a 0.40 con la propria scala

dell'accettabilità riconosciuto (67). La scala dell'assistenza medica è correlata con quella infermieristica e con quella degli aspetti alberghieri con coefficienti rispettivamente di 0.68 e 0.71, inferiori ai loro rispettivi coefficienti di affidabilità. Infine, va segnalato come la percentuale di soggetti che esprimono minimi e massimi livelli di gradimento sia sempre inferiore al 4% per i giudizi negativi ed arrivi fino al 30% per quelli positivi.

Soddisfazione dell'utenza

I paragrafi successivi descrivono sinteticamente i risultati relativi alle aree della qualità percepita dell'assistenza analizzata: assistenza medica, assistenza infermieristica, aspetti alberghieri, aspetti organizzativi, esito della cura. Come accennato il valore "4" esprime il giudizio più positivo (guarito, moltissimo, ottimo), mentre il valore "1" espri-

Tabella 4 - Affidabilità di scala e correlazioni fra scale (omogeneità inter-scala)

Nome scala	SCALE					% at floor°	% at ceiling°°
	Assistenza medica	Assistenza infermieristica	Aspetti alberghieri	Aspetti organizzativi	Esito di cura		
Assistenza medica	**0,92**					0,0	9,3
Assistenza infermieristica	0,68	**0,90**				0,7	8,0
Aspetti alberghieri	0,71	0,68	**0,88**			0,0	0,0
Aspetti organizzativi	0,56	0,42	0,48	**0,76**		0,7	0,7
Esito di cura	0,43	0,21	0,13	0,27	/ *	4,0	30,0

in grassetto: il coefficiente alfa di Cronbach che misura l'affidabilità di scala
* il coefficiente di Cronbach non viene calcolato per scale che comprendono un solo item
° percentuale di rispondenti con il valore di scala più basso
°° percentuale di rispondenti con il valore di scala più alto

me il giudizio meno soddisfacente (peggiorato, per nulla, scarso).

Assistenza medica ed infermieristica

Il giudizio sulla capacità tecnico-professionale dei medici (B7) è stato valutato dagli utenti con il punteggio più elevato (media 3.33, SD 0.72), mentre l'attenzione posta dai medici allo stato d'animo dei pazienti (D30) ha ottenuto il punteggio più basso (media 2.73, SD 0.97). Complessivamente i pazienti si considerano decisamente soddisfatti dell'assistenza medica ricevuta; tuttavia, il 25.6% esprime un giudizio negativo. Un quadro simile caratterizza la valutazione dell'assistenza infermieristica, dove il giudizio migliore (media 3.27, SD 0.76) viene dato alla competenza tecnico-professionale (B8) e quello peggiore (media 2.86, SD 0.83) all'attenzione posta dagli infermieri allo stato d'animo dei pazienti (D31). La maggioranza dei pazienti si considera decisamente soddisfatta dell'assistenza infermieristica ricevuta; insoddisfatti sono risultati il 21.6% dei pazienti. Gli 11 item della valutazione dell'assistenza medica e di quella infermieristica presentano valori di soddisfazione sempre sopra 2.7 punti con medie complessive per ciascuna scala rispettivamente di 2.98 e 3.05.

Aspetti alberghieri ed organizzativi

I giudizi sulla pulizia dei reparti (C9 e C12) e dei servizi igienici (C11) sono sostanzialmente positivi (89% di pazienti soddisfatti per i primi e 71% per i secondi). Il giudizio più negativo riguarda l'attrezzatura degli spazi di soggiorno (media 2.37, SD 0.88); il 64% dei pazienti ritiene sufficiente il numero dei servizi igienici (C10). Nel complesso la scala degli aspetti alberghieri riceve un giudizio medio di 2.84 punti. Tra gli aspetti organizzativi, si rivela come solo il 14% dei pazienti che ne ha fatto richiesta abbia ricevuto la copia della cartella clinica a distanza di una settimana dalla dimissione: il punteggio medio di scala è di 2.89 punti con il 29.2% di

insoddisfatti (la percentuale più elevata di giudizi negativi tra tutte le scale).

Outcome sanitario autoriferito

Il giudizio sull'esito delle terapie raggiunge una media di 3.15 (SD 0.72); l'89% degli intervistati si dichiara soddisfatto delle cure ricevute, manifestando un gradimento complessivamente elevato rispetto al ricovero.

La Figura 1 sintetizza i risultati relativi alle 5 aree della soddisfazione valutate.

Sotto forma di un diagramma polare vengono rappresentate le medie di ciascuna scala, poste su assi separati e centrifughi. Questa rappresentazione grafica consente una esemplificazione del confronto tra punteggi relativi allo stesso ambito rilevati in strutture diverse o in reparti diversi, offrendo una lettura immediata delle differenze riscontrate fra le varie unità.

Sono riportati le medie risultati per l'ospedale di Biella in confronto con i dati rilevati nel 1990 mediante il *Patient Judgement of Hospital Quality Questionnaire (PJHQ)* su un campione di 2113 dimessi da 10 ospedali americani (37). Le scale ed i valori americani sono stati adattati alle nostre modalità di misura.

Il confronto evidenzia elevati livelli di soddisfazione in entrambi gli studi, nonostante la lieve superiorità dei valori ottenuti per tutti e cinque gli aspetti considerati dagli ospedali americani.

Discussione

In un momento in cui l'evoluzione culturale ed organizzativa del nostro Servizio Sanitario Nazionale conferisce alla valutazione della qualità dell'assistenza un ruolo cruciale nel governo delle Aziende Sanitarie, lo sviluppo di metodologie validate e programmi di rilevazione della soddisfazione dei pazienti diviene indispensabile.

La soddisfazione globale dell'utenza dell'Ospedale degli Infermi di Biella da noi rilevata con questo studio pilota sembra superare mediamente il valore di 2,5 punti (in una scala da 1 a 4) per quanto riguarda gli aspetti alberghieri, l'assistenza medica, l'assistenza infermieristica e l'esito della cura. Il 73% dei pazienti si è dichiarato complessivamente soddisfatto dell'assistenza ricevuta: tale percentuale è sensibilmente inferiore a quella ottenuta per lo stesso ospedale di Biella con una

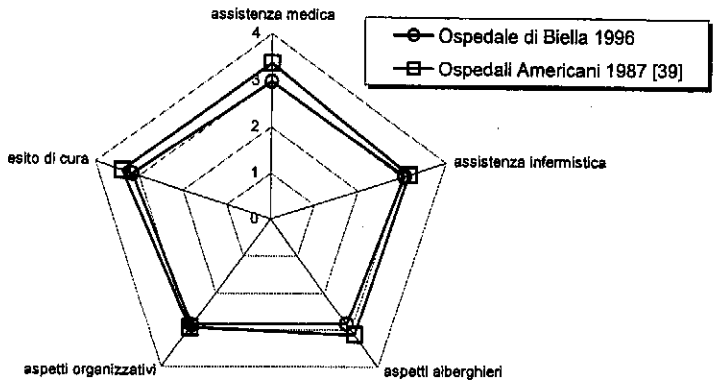

Fig. 1 - Giudizi medi per i diversi determinanti qualitativi dell'assistenza erogata dall'ospedale di Biella nel 1996 a confronto con le medie di 10 ospedali americani del 1987

precedente indagine (84%) (9). Va evidenziato che le metodologie di rilevazione nelle due indagini erano differenti; uno dei principali problemi in questo ambito di studio, come più avanti discusso, è quello della standardizzazione delle tecniche.

Gli elevati livelli di soddisfazione che abitualmente si registrano (7, 27) rendono difficile l'individuazione delle aree critiche, nonché la misurazione delle variazioni nella qualità dei servizi erogati; pertanto, in ultima analisi sono poco utili al miglioramento del servizio. È evidente la necessità da una parte di un maggiore approfondimento della struttura concettuale della soddisfazione e di una migliore comprensione dei fattori che la determinano (2), dall'altra dello sviluppo di strumenti sensibili che siano in grado di discriminare e descrivere meglio i giudizi espressi: queste considerazioni erano alla base del nostro lavoro.

Molti studi hanno tentato di identificare i fattori predittivi della soddisfazione, ma i risultati non sono stati univoci ed è emersa con chiarezza solo un associazione con l'età, essendo stato osservato che pazienti anziani tendono ad esprimere più alti livelli di soddisfazione (28, 61). L'analisi di altre variabili (63) come il sesso, l'etnia, la classe sociale, l'educazione, lo stato di salute (7, 31, 43) e la modalità di somministrazione del questionario (1, 34) ha dato risultati controversi. È stato anche riportato in letteratura che la tempestività con cui i pazienti accettano di partecipare ad indagini sulla soddisfazione è associata al tipo di giudizio espresso (24, 51) e che coloro che rispondono al primo invito di partecipazione all'indagine tendono ad esprimere giudizi mediamente migliori rispetto a chi risponde solo dopo ripetuti solleciti. Anche nel nostro studio abbiamo osservato questo effetto di selezione (dati non tabulati), attribuibile almeno in parte all'età mediamente inferiore ed al livello di scolarità mediamente superiore dei *responders* al secondo invito; tuttavia il numero limitato di questi ultimi (n=31) non ha consentito una analisi di confronto. Queste osservazioni confermano una volta di più quanto sia importante minimizzare la quota dei *non-responders* in rilevazioni di questo tipo, soprattutto laddove si voglia approfondire l'analisi del disservizio.

Questo studio ha ottenuto una percentuale di risposta soddisfacente (60,7%), a dimostrazione della buona accettabilità del questionario e della sua modalità di somministrazione. Indagini condotte analogamente, con questionari spediti per posta, hanno fatto registrare tassi di risposta del 53-55% in Gran Bretagna (34) e del 69,5% negli Stati Uniti (61). Per convenzione i tassi di non-risposta sopra 40% sono considerati a forte rischio per *sampling errors*, dovuto alla mancata osservazione di una parte della popolazione. In tal caso è suggerito di non utilizzare i dati o di controllare i fattori che potrebbero aver contribuito alla mancata risposta (età, stato di salute, case-mix, ecc.) (30). Percentuali di partecipazione superiori sono state ottenute talora con altre metodologie di indagine: per esempio, la somministrazione di questionari compilati al momento della prestazione ambulatoriale ha fatto registrare fino al 71% di rispondenti (15), mentre con la consegna del questionario nel corso del ricovero è stata ottenuta un'adesione del 65% (12). Con la diretta intervista possono raggiungersi percentuali ancora superiori. Tuttavia, la spedizione postale del questionario (e quindi la sua compilazione a ricovero concluso) è considerata la procedura che garantisce una maggiore attendibilità delle risposte (1).

Molti ricercatori hanno assunto in modo del tutto intuitivo una relazione dominante fra le aspettative del paziente e il suo livello di soddisfazione (47, 56, 66). A questo riguardo, Staniszewska et al. hanno svolto un'indagine più strutturata ponendo una serie di domande aperte a gruppi ristretti di pazienti *(focus groups)*; in tal modo sono state identificate diverse aree nelle loro aspettative (verso il medico, l'infermiere, l'esito delle cure, la pro-

pria partecipazione, ecc.), ma neanche questo approccio ha contribuito in modo risolutivo ad una migliore comprensione della relazione tra aspettative e soddisfazione (64). L'attitudine è probabilmente influenzata da caratteristiche proprie del paziente come priorità dovute ad esperienze pregresse, aspettative, umore, ecc.) (3). Ma soltanto l' 8-10% della varianza della soddisfazione è spiegata con le esperienze precedentemente acquisite (46).

Altre indagini hanno sottolineato l'importanza di precedenti esperienze nell'ambito sanitario nel condizionare il giudizio dei pazienti: coloro che hanno vissuto esperienze negative tendono ad esprimere insoddisfazione, mentre chi non le ha vissute tende a dare comunque un giudizio positivo (52). Sia le aspettative che le esperienze personali sono comunque fattori solo parzialmente indipendenti tra loro, mentre possono essere spesso tracciate ampie aree di interdipendenza, in un quadro di generale complessità nella definizione ed interpretazione delle dimensioni culturale, psicologica e sociale di ciascun individuo. Riuscire a riportare tali dimensioni in un'analisi organica della soddisfazione è impresa assai difficile; certamente più semplice appare invece il controllo di indicatori più facilmente oggettivabili (quali l'età, il sesso, il grado di scolarità, lo stato di salute percepita, ecc.) in analisi di confronto stratificate, ferma restando la disponibilità di un campione sufficientemente numeroso per un'efficace interpretazione dei risultati (25).

Per quanto riguarda le caratteristiche intrinseche del questionario utilizzato in questa indagine, la valutazione psicometrica ha prodotto dei buoni risultati, come evidenziato dalle stime ottenute con il test *alfa di Cronbach*, che descrivono un costrutto di scala convincente e affidabile, suggerendo quindi che questo strumento possa rappresentare una solida base per una sua più estesa applicazione in futuro.

Sono state comunque identificate delle aree di possibile miglioramento del questionario, soprattutto in relazione ad un incremento della sua sensibilità (per una migliore rilevazione dei disservizi) e della comprensibilità di alcune domande.

In primo luogo, alla luce dei nostri risultati sembrerebbe utile valutare l'opportunità di allargare il range di risposte possibili seguendo lo schema di Likert, aumentando quindi la capacità discriminativa del questionario in relazione ai giudizi espressi su un *continuum* (45). L'opzione "non so", che ha certamente contribuito al numero consistente di risposte mancanti, come rilevato soprattutto alle domande D30 e 31 (forse a causa della formulazione poco chiara della domanda) ed alle domande A4 e D27-29 (probabilmente perché i pazienti non erano in grado di rispondere a domande specifiche su aspetti strutturali dei servizi sanitari, sociali, religiosi e di volontariato), non dovrebbe essere prevista nel questionario.

In molti studi sulla soddisfazione dell'utenza viene messo in discussione il ruolo del paziente nella valutazione della capacità tecnica dei medici ed infermieri (49). La valutazione critica dell'efficacia delle diverse strategie terapeutiche è influenzata fortemente dalla mancanza di base scientifiche del paziente. Prevalgono, inoltre, gli aspetti individuali come le proprie convinzioni nonché lo stile di cura offerta. Malgrado le incertezze a riguardo sono stati inseriti due item (B7, B8) nella scala medica ed infermieristica del questionario. Essi chiedono in modo chiaro e comprensibile gli giudizi dei pazienti sulle competenze tecniche del personale. Dai nostri risultati si evince un ottima performance psicometrica di questi item, testimone della loro affidabilità all'interno della propria scala e legittimazione della loro presenza nel questionario. Per quanto riguarda il giudizio del paziente sull'esito della cura ricevuta (F38), un item singolo e non inserito in un contesto di scala, non abbiamo un feedback univoco sulla sua affidabilità. La media piuttosto alta (3,15 punti) e il 10,5% di risposte

mancanti suggeriscono un approccio cauto e da approfondire in applicazioni future.

Infine, va menzionato la mancanza di un item specifico per la rilevazione della richiesta del consenso informato. L'item D19 indaga la quantità e qualità delle informazioni fornite dal medico, ma tralascia completamente il concetto del consenso informata, ritenuto un importante indicatore del corretto svolgimento formale dell'attività clinica.

Alcuni autori suggeriscono, inoltre, di estendere l'opportunità per i pazienti di esprimere in testo libero i loro giudizi (senza i vincoli imposti dal formato a risposta chiusa) in relazione a domande particolarmente orientate su aspetti qualitativi dell'assistenza, al fine di consentire loro la massima capacità di comunicazione su aspetti non facilmente quantificabili ma ritenuti realmente importanti (2). Tali informazioni dovrebbero integrare i dati quantitativi raccolti nelle altre sezioni del questionario a risposta chiusa, e fornire quindi un quadro più articolato in merito ai provvedimenti migliorativi e più completo della soddisfazione percepita.

In conclusione, la complessità della dimensione della soddisfazione, influenzata dalle esperienze personali e dallo stato di salute dei pazienti, dalle loro aspettative, preferenze e da altri fattori socioculturali, non consente un'interpretazione semplice ed univoca dei risultati delle indagini sulla soddisfazione dell'utenza (2, 13, 27, 32, 48, 62, 70, 72). Peraltro, tentativi di confronto fra strutture sanitarie in aree geografiche e culturali diverse soffrono della mancanza di una metodologia standardizzata e validata in relazione agli obiettivi dell'indagine. In Italia per esempio, sarebbe difficilmente interpretabile un confronto tra aree del Nord e del Sud, il cui divario economico e socioculturale determina diverse esperienze ed aspettative individuali dei pazienti, così come diverse realtà strutturali dell'assistenza sanitaria (38, 55). Analogamente, in uno studio condotto in Australia, il tentativo di definire un *benchmarking* nazionale della soddisfazione è stato valutato dagli autori come un approccio precoce e non affidabile per la multidimensionalità concettuale della soddisfazione e per la grande diversità sia della popolazione che delle strutture sanitarie locali (23). Si impone, pertanto, con sempre maggiore forza la necessità di procedere all'elaborazione ed al potenziamento di strumenti e metodologie che, partendo da una matrice comune, siano in grado di cogliere queste diversità e di consentire quindi una corretta interpretazione di indagini ed analisi di confronto. Recentemente Paul Cleary ha presentato una serie di risultati incoraggianti: sono stati sviluppati questionari meno soggettivi e più interpretabili che hanno permesso di produrre dati qualitativamente migliori ed utilizzabili per il confronto fra strutture ospedaliere regionali (10, 65). Tra gli approcci alternativi che si stanno sviluppando in questo contesto, un cenno a parte merita la *conjoint analysis* (29, 50), che rappresenta un superamento dell'approccio limitato alle indagini convenzionali basate su questionari, ed il cui utilizzo in sanità pubblica è stato di recente oggetto di dibattito nel Regno Unito ed in Australia (41, 59-60).

Ringraziamento: Si ringrazia il Dr. Giovanni Apolone, Responsabile del Laboratorio di Ricerca Oncologica dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri (Milano) per avere consentito l'utilizzo del programma MAP-R 0.1 per le analisi psicometriche.

Riassunto

È stato sviluppato un questionario di facile applicazione per saggiare la qualità percepita dell'assistenza erogata in ospedale. Lo strumento è stato sottoposto ad un'approfondita validazione: sono state testate la fattibilità, l'affidabilità, la validità e la capacità di distinguere fra i vari livelli e componenti di soddisfazione in gruppi di ricoverati. Lo strumento è stato testato su un campione di 313 pazienti ricoverati presso l'ospedale di Biella (ASL 12 della Regione Piemonte) nel settembre 1996 (2% dei ricoveri avvenuti nell'anno).

Il questionario predisposto per l'autocompilazione prevede di 40 items di tipo soggettivo (rating) ed oggettivo (report). Dall'insieme degli item soggettivi sono state costruite 5 scale, ognuna delle quali descrive una specifica area d'interesse, distinguendo fra aspetti medici ed infermieristici, organizzativi ed alberghieri e l'esito dell'intervento sanitario. Il questionario è stato inviato al domicilio dei pazienti a distanza di 3 mesi dalla dimissione dall'ospedale. Sono state in seguito condotte analisi psicometriche per valutare le caratteristiche intrinseche del questionario e analisi descrittive (medie, deviazioni standard) dei livelli di soddisfazione rilevati.

L'elevata percentuale di risposta ottenuta (60,7%) ha dimostrato una buona accettabilità del questionario e della sua modalità di somministrazione. La soddisfazione globale dell'utenza ha superato mediamente il valore di 2,5 punti (in una scala da 1 a 4) e il 73% dei pazienti si è dichiarato complessivamente soddisfatto dell'assistenza ospedaliera ricevuta. Viene effettuato un confronto tra i livelli di qualità percepita registrati con la presente indagine e con altri riscontri della letteratura internazionale. La valutazione psicometrica ha prodotto dei buoni risultati come evidenziato dalle stime alfa di Cronbach che descrivono un costrutto di scala convincente e affidabile, suggerendo quindi che questo strumento possa rappresentare una solida base per una sua più estesa applicazione in futuro.

Bibliografia

1. Addington-Hall J, Walker L, Jones C, Karlsen S, McCarthy M. A randomized trial of postal versus interviewer administration of a questionnaire measuring satisfaction with, and use of, services received in the year before death. J Epidemiol Community Health 1998; **52**: 802-7.
2. Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. J Adv Nurs 1995; **22** (2): 316-22.
3. Baker R. Pragmatic model of patient satisfaction in general practise: progress towards a theory. Qual Health Care 1997; **6** (4): 201-4
4. Bayley KB, London MR, Grunkemeier GL, Lansky DJ. Measuring the success of treatment in patients terms. Med Care 1995; **33**: A226-35.
5. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of communication skills training on patient satisfaction: a randamized, controlled trial. Ann Int Med 1999; **131** (11): 822-29.
6. Carmel S. Satisfaction with hospitalization: a comparative analysis of three types of services. Soc Sci Med 1985; **21**: 1243-49.
7. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Pub Health Med 1992; **3**: 236-49.
8. CERFE. Rapporto nazionale sullo stato dei diritti dei cittadini nel SSN. Roma: Ed. Il Pensiero Scientifico, 1992.
9. Ciafaloni F, Di Monaco R. Uso delle strutture sanitarie e soddisfazione per il servizio. Torino: Istituto di Ricerche Economiche e Sociali, "IRES Lucia Morosini", 1995
10. Cleary PD. The increasing importance of patient surveys. BMJ 1999; **319** (7212): 720-21.
11. Clearly PD, Edman-Levitan S. Health Care Quality. Incorporating consumer perspectives. JAMA 1997; **278** (19): 1608-12.
12. CO.DI.CI. Associazione per il diritto alla salute e per la tutela del malato, USL Arezzo. Questionario a scopo conoscitivo. Arezzo, maggio-giugno, 1994.
13. Cohen G, Forbes J, Garraway M. Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. BMJ 1996; **313** (7061): 841-45.
14. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951; **16** (3): 297-334.
15. D'Argenzio C, Pontillo C, Sanzari M, Schettini M, Vagli V, Maglione T. Il questionario di valutazione della soddisfazione degli utenti per programmare le attività. 37° Congresso Nazionale S.It.I. "L'Igiene e la Sanità Pubblica alle Soglie del Duemila". Napoli, 25-28 settembre 1996: 445.
16. Dansky KH, Miles J. Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waiting time and filling time. Hosp Health Serv Adm 1997; **42** (2): 165-77.
17. Davies AR, Ware JE. Involving consumers in the quality of care assessment. Health Affairs 1988; **7** (1): 33-48.
18. DL "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421", n.502, 30 dicembre 1992 (integrata con D.L. 7. dicembre 1993, n.517). GU Serie Generale, Suppl. Ord. n.4 del 7 gennaio 1994
19. DM della Sanità del 24 luglio 1995 "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale". GU Serie Generale n.263 del 10 novembre 1995: 15-35.
20. DM della Sanità del 15 ottobre 1996 "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché

l'andamento della attività di prevenzione delle malattie." GU Serie Generale n.14 del 18 gennaio 1997: 32-8.
21. DPCM "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", 27 gennaio 1994. GU Serie Generale n.42 del 22 febbraio 1994.
22. DPR "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari" n° 65, 19 maggio 1995. GU Serie Generale, Suppl. n.125 del 31 maggio 1995.
23. Draper M, Hill S. Feasibility of national benchmarking of patient satisfaction with Australian hospitals. Int J Qual Health Care 1996; **8** (5): 457-66.
24. Etter JF, Perneger TV, Rougemont A. Does sponsorship matter in patient satisfaction surveys? A randomized trial. Med Care 1996; **34** (4): 327-35.
25. Fielding R, Hedley A, Cheang J, Lee A. Methods of surveying patients' satisfaction. Patients' satisfaction is based firmly on their expectations. BMJ 1997; **314** (7075): 227.
26. Fischer D, Stewart AL, Bloch DA, Lorig K, Laurent D, Holman H. Capturing the patients' view of change as a clinical outcome measure. JAMA 1999; **282** (12): 1157-62.
27. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations. BMJ 1991; **302**: 887-89.
28. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II – Designing a questionnaire and conducting a survey. BMJ 1991; **302**: 1129-32.
29. Graf MA. Optimizing the delivery of patient and physician satisfaction: a conjoint analysis approach. Health Care Manage Rev 1993; **18** (4): 34-43.
30. Groves RM. Survey errors and survey costs. New York: John Wiley and Sons, 1989.
31. Hall JA. A causal model of health status and satisfaction with medical care. Med Care 1993; **31** (1): 84-94.
32. Hall JA, Doran MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Soc Sci Med 1988; **27** (9): 935-39.
33. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Erhlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. Med Care 1994; **32** (12): 1216-31.
34. Harding LK, Griffith J, Harding VM, Tulley NJ, Notghi A, Thomson WH. Closing the audit loop: a patient satisfaction survey. Nucl Med Commun 1994; **15**: 275-78.
35. Harvey L. Factors affecting response rates to mailed questionnaires: A comprehensive literature review. J Market Research Society 1987; **29**: 341.
36. Haya RR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE. Patients' ratings of out-patient visits in different practice settings. JAMA 1993, **270** (7), 835-40.
37. Hays RD, Nelson EC, Rubin HR, Ware JE, Meterko M. Further evaluation of the PJHQ scales. Med Care 1990; **28** (9): S29-39.
38. Hays RD, Ware JE. My medical care is better than yours. Social desirability and patients satisfaction ratings. Med Care 1986; (24): 519-25.
39. Hewison A. Nurses' power in interactions with patients. J Adv Nurs 1995; **21** (1): 75-82.
40. Jacoby A. Possible factors affecting response to postal questionnaires: findings from a study of general practitioner services. J Public Health Med 1990; **12** (2): 131-35.
41. Jan S, Mooney G, Ryan M, Bruggemann K, Alexander K. The use of conjoint analysis to elicit community preferences in public health research: a case study of hospital services in South Australia. Aust N Z J Public Health 2000; **24** (1): 64-70.
42. Kaplan SK, Ware JE. The patient's role in health care and Quality Assessment. In: Goldfield N, Nash DB, eds. Providing Quality Care. The challenge to physicians. Philadelphia: American College of Physicians, 1989: 25-68.
43. Kroenke K, Stump T, Clark D, Callahan CM, McDonald CJ. Symtoms in hospitalized patients: Outcome and Satisfaction with Care. Am J Med 1999; **107** (5): 425-31.
44. Lebow JL. Consumer assessment of the quality of medical care. Med Care 1974; **12**: 328.
45. Likert R. A technique for the development of attitude scales. Educational and Psychological Measurement 1952; **12**: 313-15.
46. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med 1982; **16** (5): 577-82
47. Lochman JE. Factors related to patients' satisfaction with their medical care. J Community Health 1983; **9** (2): 91-109.
48. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Soc Sci Med 1978; **12** (4A): 283-92.
49. Maciejewski M, Kawiecki J, Rockwood T. Satisfaction. In: Kane RL. Understanding health care outcome research. Gaithersberg, Maryland: 1997: 67-89.
50. Markham FM, Diamond JJ, Hermansen CL. The use of conjoint analysis to study satisfaction. Eval Health Prof 1999; **22** (3): 371-78.

51. NCG research, Inc, Nashville, Tennessee. Changing priorities for improvement: the impact of low response rates in patient satisfaction. JT Comm Qual Improv 1996; **22** (6): 427-33.
52. Nelson EC, Larson C. Patients' good and bad surprises: how do they relate to overall patient satisfaction? QRB Qual Rev Bull 1993; **19** (3): 89-94.
53. Nunnally JC. Psychometric theory. 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill, 1978.
54. O'Connell B, Young J, Twigg D. Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. Int J Nurs Pract 1999; **5** (2): 72-7.
55. Piperno A, Di Orio F. Social differences in health and utilization of health services in Italy. Soc Sci Med 1990; **31** (3): 305-12.
56. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. Med Care 1993, **31** (12): 1138-49.
57. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations of physicians' behaviors to analogue patients' satisfaction. Med Care 1987; **25**: 437.
58. Rowland-Morin PA, Carroll GJ. Verbal communication skills and patient satisfaction: a study of doctor-patient interviews. Eval Health Prof 1990; **13** (2): 168-85.
59. Ryan M. A role for conjoint analysis in technology assessment in health care? Int J Technol Assess Health Care 1999; **15** (3): 443-57.
60. Ryan M, McIntosh E, Shackley P. Methodological issues in the application of conjoint analysis in health care. Health Econ 1998; **7** (4): 373-78.
61. Sawyer CE, Kassak K. Patient satisfaction with chiropractic care. J Manipulative Physiol Ther 1993; **16** (1): 25-32.
62. Scott A, Smith RD. Keeping the customer satisfied: issues in the interpretation and use of patient satisfaction surveys. Int J Qual Health Care 1994; **6** (4): 353-59.
63. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997; **45** (12), 1829-43.
64. Staniszewska S, Ahmed L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? J Adv Nurs 1999; **29** (2): 364-72.
65. The Massachusetts Health Quality Partnership's Statewide Patient Survey Project. 13th Nov 1998, (http://www.mhqp.org7statewidesurvey.html)
66. Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. J Chronic Disease 1987; **40**: 473- 80.
67. Ware JE, Harris WJ, Gandek B, Rogers BW, Reese PR. MAP-R for Windows: Multitrait/Multi-Item Analysis Program – Revised User's Guide. Boston, MA: Health Assessment Lab, 1997.
68. Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. Med Care 1988, **26** (4): 393-402.
69. Ware JE, Synder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Eval Prog Plan 1983, **6**: 247.
70. Webb Y, Clifford PI, Graham P. A simple method of evaluating patients' perceptions of their treatment and care. Bull Menninger Clin 1999; **63** (3): 401-12.
71. Weinberger M, Oddone EZ, Samsa GP, Landsman PB. Are health-related Quality-of-Life measures affected by the mode of administration? J Clin Epidemiol 1996; **49** (2): 135-40.
72. Westbrook JI. Patient satisfaction: methodological issues and research findings. Aust Health Rev 1993; **16** (1): 75-88.
73. Williams S. Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? Fam Prac 1995; **12** (2): 193-201.
74. Willson P, McNamara JR. How perceptions of a simulated physician-patient interaction influence intended satisfaction and compliance. Soc Sci Med 1982; **16**: 1699.

Corrispondenza: Prof. Nicola Nante, Istituto di Igiene, Università degli Studi di Siena, Via A. Moro, 53100 Siena

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO
SUL LIVELLO DI SODDIFAZIONE
DEGLI UTENTI
DEL SERVIZIO OSPEDALIERO

Il paziente è pregato di rispondere (barrando con una croce la casella che esprime il suo parere o completando gli appositi spazi) ad ognuna delle seguenti domande relative al suo recente ricovero nel nostro ospedale.
Le risposte sono rigorosamente anonime: non firmare o contrassegnare il questionario.

NOTIZIE ANAGRAFICHE:

SESSO: Maschio ❑ Femmina ❑
ANNO DI NASCITA: .....
PROVINCIA DI RESIDENZA: .....

LIVELLO DI ISTRUZIONE:
nessuno ❑
licenza elementare ❑
licenza media ❑
diploma scuola media sup. ❑
laurea ❑

PROFESSIONE:
libero professionista ❑
pensionato ❑
casalinga ❑
studente ❑
imprenditore ❑
impiegato ❑
operaio ❑
commerciante ❑
artigiano ❑
altro ❑ specificare: .....

REPARTO IN CUI È AVVENUTO IL RICOVERO .....

A) ACCESSIBILITÀ

1) Il Suo ricovero ha avuto carattere di urgenza o é stato programmato?
urgente ❑
programmato ❑

2) Se é stato programmato, da chi é stato consigliato?
medico di base ❑
medico ospedaliero ❑
medico specialista USL ❑
medico privato ❑
altri ❑ specificare: .....

3) In caso di ricovero programmato, quanto ha dovuto attendere tra la richiesta di ricovero e l'ammissione in ospedale?
circa una settimana ❑
circa due settimane ❑
circa un mese ❑
circa due mesi ❑
circa tre mesi ❑
oltre tre mesi ❑
non ricordo ❑
se possibile, specificare quanto

4) Se il Suo è stato un ricovero programmato, come ritiene sia stato tale tempo di attesa?
eccessivo ❑
accettabile ❑
breve ❑
non so ❑

5)Qualunque sia stato il tipo di ricovero, quanto tempo è trascorso tra il Suo arrivo in Accettazione/Pronto Soccorso ed il primo contatto con un medico?
meno di 1/2 ora ❑
tra 1/2 ora e 1 ora ❑
più di 1 ora ❑
non ricordo ❑

6)Qualunque sia stato il tipo di ricovero, quanto tempo è trascorso tra il Suo arrivo in Accettazione/Pronto Soccorso e il Suo ricovero in reparto?
meno di 1/2 ora ❑
tra 1/2 ora e 1 ora ❑
più di 1 ora ❑
non ricordo ❑

B) COMPETENZA DEL PERSONALE

7) Giudizio sulla capacità tecnica di curare e sulla competenza dei medici che l'hanno assistita in ospedale
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

8) Giudizio sulla capacità tecnico-professionale degli infermieri che l'hanno assistita nel corso del Suo ricovero
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

C) ASPETTI ALBEGHIERI

9) Giudizio sulla pulizia del reparto in generale.
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

10) I servizi igienici erano presenti in numero sufficiente?
SI ❑ NO ❑

11) Giudizio sulla pulizia dei bagni
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

12) Giudizio sulla Sua camera dal punto di vista della pulizia
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

13) Giudizio sulla Sua camera dal punto di vista dell'arredamento
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

14) Giudizio sulla Sua camera dal punto di vista della tranquillità e della riservatezza
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

15) Giudizio sulla qualità globale della sua camera
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

16) Giudizio sulla qualità del cibo fornito
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

17) Giudizio sulla quantità del cibo fornito
eccessiva ❑
abbondante ❑
sufficiente ❑
scarso ❑
non so ❑

18) Giudizio sulle attrezzature presenti negli spazi di soggiorno (televisore, divani, sedie, tavoli, ecc.)
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

D) ASPETTI RELAZIONALI E PSICOSOCIALI

19)Giudizio su qualità e quantità delle informazioni a Lei fornite dal medico riguardo all'andamento degli esami e delle terapie effettuate
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

20) Giudizio sulla disponibilità dei medici ad ascoltare
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

21) Giudizio sulla disponibilità degli infermieri ad ascoltare
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

22) Giudizio sul comportamento tenuto dei medici nei Suoi confronti durante il ricovero
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

23) Giudizio sul comportamento dal personale infermieristico nei Suoi confronti durante il ricovero
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

24) Come giudica l'orario riservato alle visite dei parenti?
ottimo ❑
buono ❑
mediocre ❑
scarso ❑
non so ❑

Quale orario riterrebbe ottimale? .....

25) Come giudica la disponibilità degli apparecchi telefonici?
ottima ❑
buona ❑
mediocre ❑
scarsa ❑
non so ❑

26)Le norme che regolano la disciplina all'interno dell'ospedale (divieto di fumo, rispetto della quiete, orario delle visite, ecc.) sono fatti debitamente rispettare?
SI sempre ❑
NON sempre ❑
Mai ❑

27) Come giudica l'attività dei volontari presenti in ospedale?
ottima ❑
buona ❑
mediocre ❑
scarsa ❑
non so ❑

28) Come giudica l'attività del personale dei servizi sociali presente in ospedale?
ottima ❑
buona ❑
mediocre ❑
scarsa ❑
non so ❑

29) Come giudica rispetto alle Sue attese l'assistenza religiosa e spirituale offerta dall'ospedale?
ottima ❑
buona ❑
mediocre ❑
scarsa ❑
non so ❑

30) Come giudica l'attenzione posta dai medici al Suo stato d'animo (depressione, solitudine, ecc.)?
ottima ❑
buona ❑
mediocre ❑
scarsa ❑
non so ❑

31) Come giudica l'attenzione posta dal personale infermieristico al Suo stato d'animo (depressione, solitudine, ecc.)?
ottima ❑
buona ❑
mediocre ❑
scarsa ❑
non so ❑

32) I medici sono stati solleciti nel rispondere alle Sue domande?
SI sempre ❑
NON sempre ❑
MAI ❑

33) Il personale infermieristico è stato sollecito nel rispondere alle Sue domande?
SI sempre ❑
NON sempre ❑
MAI ❑

E) ASPETTI BUROCRTATICI

34) La dimissione dall'ospedale Le è stata comunicata con opportuno anticipo e con chiarezza?
SI ❑ NO ❑ Non ricordo ❑

35) Le è stato spiegato come proseguire le cure a casa?
SI chiaramente ❑
NON chiaramente ❑
Non ne ho avuto bisogno ❑
Non ricordo ❑

36) Se ha richiesto una copia della cartella clinica, dopo quanto tempo Le è stata consegnata?
subito ❑
dopo 1 giorno ❑
dopo 2 giorni ❑
tra 3 e 7 giorni ❑
dopo oltre una settimana ❑

37) È a conoscenza della possibilità che Lei ha di presentare reclami o proposte sul funzionamento del servizio?
SI ❑ NO ❑

F) ESITO DELLA CURA

38) Come giudica nel complesso il Suo stato di salute alla fine del Suo ricovero?
guarito ❑
migliorato ❑
come prima del ricovero ❑
peggiorato ❑
non so ❑

G) SODDISFAZIONE IN GENERALE

39) È complessivamente soddisfatto dell'assistenza medica ricevuta?
moltissimo ❑
molto ❑
abbastanza ❑
per nulla ❑
non so ❑

40) È complessivamente soddisfatto dell'assistenza infermieristica ricevuta?
moltissimo ❑
molto ❑
abbastanza ❑
per nulla ❑
non so ❑

EVENTUALI OSSERVAZIONI O SUGGERIMENTI:

.....
.....
.....
.....
.....

PARTE DESTINATA AGLI UTENTI PROVENIENTI DA ASL DIVERSI DALLA ASL 12 – BIELLA:

La preghiamo di indicare sinteticamente le ragioni per le quali si è ricoverato nel nostro ospedale e non in quello della Sua ASL:

.....
.....
.....
.....
.....

ANNALI DI IGIENE

Lavoro pubblicato in Italia. Adempiuti gli obblighi previsti dall'Art. 1
del decreto legislativo luogotenenziale 31 agosto 1945, n. 660 in data Febbraio 2002

ANNALI DI IGIENE Medicina Preventiva e di Comunità
Volume 14 - Fasc. 1 Gennaio- Febbraio 2002

Iscritto al n. 520/86 del registro della stampa con ordinanza
del Tribunale di Roma in data 4 novembre 1986