

Direttore

Giuseppe AVENA

Comitato scientifico

Angela ALIBRANDI

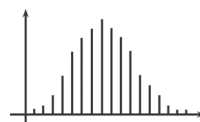
Carmelo CRISAFULLI

Giuseppe TRIMARCHI

Andrea VADALÀ

Agata ZIRILLI

* Il direttore e componenti del comitato scientifico afferiscono tutti all'Università degli Studi di Messina.



Non tutto ciò che può essere contato conta
e non tutto ciò che conta può essere contato.

Albert EINSTEIN

La collana interviene nel dibattito scientifico su tematiche riguardanti il vasto campo quantitativo di indagini e di studi multidisciplinari. Il primo filone riguarda gli studi relativi a problematiche concernenti gli sviluppi teorici, metodologici e sperimentali della Statistica in diversi campi di applicazione (antropometria, biostatistica, controllo statistico della qualità; il secondo gli studi dei fenomeni economici (indicatori, analisi di mercato e delle decisioni aziendali) e delle metodologie e dei fondamenti dell'analisi demografica (studio della popolazione e dei flussi migratori). In SeD trovano spazio, poi, anche opere riguardanti la progettazione e la gestione di indagini sociali e la rilevazione e l'analisi statistica dei comportamenti della popolazione (processi educativi, espressioni di voto, mobilità sociale e turistica). Infine, uno spazio di approfondimento è dedicato anche agli studi orientati allo sviluppo di metodi matematici e tecniche di calcolo di problemi economici, finanziari, aziendali e sociali.

ECONOMIA, TERRITORIO E AZIENDA

EDIZIONE 2021

a cura di

ROBERTO GUARNERI

contributi di

**TINDARA ABBATE, ANGELA ALIBRANDI, DAVID CARFÌ, CARMELO CRISAFULLI
ELENA D'AGOSTINO, AUGUSTO D'AMICO, PIETRO DAVID
MARCO ALBERTO DE BENEDETTO, ALESSIA DONATO, MARIA DANIELA GIAMMANCO
LARA GITTO, ROMANA GARGANO, ROBERTO GUARNERI, FRANCESCO LIMONTI
MICHELE LIMOSANI, VERONICA MAROZZO, PAOLO MUSTICA
FERDINANDO OFRIA, BRUNO RICCA, GUIDO SIGNORINO
GIUSEPPE SOBBRIO, ANDREA VADALÀ, AGATA ZIRILLI**



aracne



ISBN
979-12-5994-521-1

PRIMA EDIZIONE
ROMA 19 NOVEMBRE 2021

INDICE

- 9 *Introduzione*
- 11 *Introduction*
- 13 *Analisi econometrica della Patient satisfaction. Circa la qualità percepita dei ricoveri nei Dipartimenti ad Attività Integrata del Policlinico di Messina*
di ANGELA ALIBRANDI, LARA GITTO, MICHELE LIMOSANI, PAOLO MUSTICA
- 31 *An interfering economic game. Analytic bargaining solutions*
di DAVID CARFÌ, ALESSIA DONATO
- 53 *Emigrazione e spopolamento delle aree interne e montane Siciliane nel corso dei primi centosessant'anni dall'unificazione nazionale*
di CARMELO CRISAFULLI
- 83 *Un maggiore intervento pubblico serve a combattere l'evasione fiscale? Un'analisi a livello regionale in Italia*
di ELENA D'AGOSTINO, MARCO ALBERTO DE BENEDETTO, GIUSEPPE SOBBRIO
- 105 *Infrastrutture di trasporto. Ruolo strategico per lo sviluppo economico della Sicilia*
di PIETRO DAVID, MICHELE LIMOSANI, FERDINANDO OFRIA

- 119 *Cultural supply and accessibility for people needing assistance. Some evidence related to Sicilian museums*
di MARIA DANIELA GIAMMANCO, LARA GITTO, FERDINANDO OFRIA
- 139 *Environmental conditions and productivity. An analysis for the traditional manufacturing sector in Italy*
di ROMANA GARGANO, FERDINANDO OFRIA
- 151 *La Gamification nel turismo*
di ROBERTO GUARNERI
- 181 *Autenticità di prodotto ed etnocentrismo del consumatore durante il Covid-19. Rassegna della letteratura e proposizioni di ricerca*
di VERONICA MAROZZO, TINDARA ABBATE, AUGUSTO D'AMICO
- 199 *Tecniche di sintesi della performance economico-finanziaria d'impresa. Un confronto tra DEA, ACP e ACP-DEA*
di BRUNO RICCA
- 227 *“Il tempo è sviluppo”. Covid-19, divari territoriali e politiche regionali per la resilienza dell'economia siciliana*
di GUIDO SIGNORINO
- 239 *Analisi epidemiologica sulle morti per tumori maligni in Sicilia*
di ANDREA VADALÀ
- 269 *L'ondata pandemica in Italia e all'estero. Un'analisi statistica sui decessi da Covid-19*
di AGATA ZIRILLI, FRANCESCO LIMONTI, ANGELA ALIBRANDI

INTRODUZIONE

È giunto il momento di porre le basi per una rinascita/ripartenza economica, sociale, ambientale e geopolitica trasversalmente intesa.

Obiettivo di questo volume è trattare del rapporto tra sviluppo economico e sviluppo sociale curati da particolari punti di vista, senza riferirsi tanto alla ricerca di posizioni antagoniste quanto al perseguimento di una visione complessa dei fenomeni analizzati.

Le tematiche discusse intendono orientarsi al globale ed all'influenza della globalizzazione dalla quale oggi non si può più prescindere, maturata soprattutto in modo attinente alle regole del libero mercato e alimentata dal processo di crescita economica e dalla liberalizzazione dei mercati internazionali, ma con la consapevolezza che tutti i fenomeni fanno comunque parte di un concatenato ed unico sistema mondo.

Il volume segue un approccio multidisciplinare, come varie sono le appartenenze disciplinari degli autori che hanno proposto le proprie analisi, i propri progetti o i loro possibili sviluppi.

D'altronde anche gli strumenti sono di per sé vari e fondati su molteplici criteri di valutazione, riconducibili maggiormente alle logiche dell'analisi dei sistemi, del diritto, dell'economia politica, dell'economia aziendale e del turismo.

L'analisi nei suoi diversi livelli dimostra la necessità continua e costante d'interventi transcalari *top-down* e *bottom-up*.

I contributi presenti intendono fornire le possibili chiavi interpretative di lettura per comprendere al meglio i complessi sistemi che regolano l'analisi interdisciplinare.

INTRODUCTION

The time has come to lay the foundations for an economic, social, environmental and geopolitical rebirth/restart understood across the board.

The aim of this volume is to deal with the relationship between economic development and social development treated from particular points of view, without referring so much to the search for antagonistic positions as to the pursuit of a complex vision of the phenomena analyzed.

The topics discussed intend to orient themselves to the global and to the influence of globalization which today can no longer be ignored, matured above all in a way related to the rules of the free market and fed by the process of economic growth and the liberalization of international markets, but with the awareness that all phenomena are in any case part of a linked and single world system.

The volume follows a multidisciplinary approach, as the authors who have proposed their analyzes, their projects or their possible developments are varied.

On the other hand, the tools themselves are very varied and based on multiple evaluation criteria, mostly attributable to the logic of systems analysis, law, political economy, business economics and tourism.

The analysis in its various levels demonstrates the continuous and constant need for *top-down* and *bottom-up* transcalar interventions.

The present contributions are intended to provide possible interpretative keys in an attempt to better understand the complex systems that govern interdisciplinary analysis.

ANALISI ECONOMETRICA DELLA *PATIENT SATISFACTION* CIRCA LA QUALITÀ PERCEPITA DEI RICOVERI NEI DIPARTIMENTI AD ATTIVITÀ INTEGRATA DEL POLICLINICO DI MESSINA

1. Introduzione

Il concetto di soddisfazione del paziente è l'applicazione in ambito sanitario del più noto concetto di *customer satisfaction* (Farley *et al.*, 2014). In particolare, la *customer satisfaction* può essere definita come un processo volto a rilevare il grado di soddisfazione di un cliente/utente nell'ottica del miglioramento del prodotto/servizio offerto [1].

Diverse sono le ragioni per cui questo concetto è così importante in ambito sanitario. Una prima ragione è di tipo etico e prevede che la soddisfazione rappresenti il fine per il quale il servizio viene erogato: i servizi sanitari vengono erogati soprattutto per soddisfare il paziente, nel senso di prendersene cura con riferimento alla malattia di cui è affetto e, possibilmente, guarirlo dalla stessa (Paulson, 2004). Tale orientamento è tipico delle aziende pubbliche, di solito dirette a un target che tiene conto dell'“utente” anziché del “cliente” e che, per certi versi, si contrappone a quella adottata dalle imprese in senso stretto, per le quali la soddisfazione rappresenta un obiettivo per incrementare quanto più possibile i margini di profitto (Yeung *et al.*, 2002).

Una seconda ragione è propriamente economica: sotto questo profilo, la *customer satisfaction* è diventata importante con l'avvio, a partire dalla prima metà degli anni '90, del processo di aziendalizzazione e regionalizzazione della sanità (d.lgs. 502/1992 e s.m.i.) [2]. Diversi sono i motivi per cui il legislatore italiano decise di avviare questo processo di profonda riforma del sistema sanitario, tra cui quello dell'imminente sottoscrizione del Trattato di Maa-

stricht (Canta *et. al.*, 2006) [3]. Ai fini della presente analisi, ci si soffermerà su due aspetti toccati da questo trattato, e in particolare i parametri di convergenza e il principio di sussidiarietà.

I parametri di convergenza riguardano quattro ambiti di interesse comunitario, vale a dire la stabilità dei prezzi, la situazione della finanza pubblica, il tasso di cambio e i tassi di interesse a lungo termine. Considerando la sola situazione della finanza pubblica, l'articolo 104 del trattato prevede il monitoraggio di alcuni parametri, tra i quali quello del rapporto tra debito pubblico e Pil, che deve essere minore o tutt'al più uguale al 60%⁽¹⁾. Per questo motivo, venne avviato il processo di aziendalizzazione della sanità, che prevedeva una gestione dei servizi sanitari secondo criteri tipici delle aziende private, tra i quali quello dell'efficienza economica, che consente di ottenere il risultato sperato impiegando la minor quantità possibile di risorse (Sobbrio e Gitto, 2003)⁽²⁾.

Il principio di sussidiarietà, menzionato nell'articolo 5 del trattato, prevede che l'ente più vicino al cittadino debba prendersi cura di quest'ultimo, purché sia in grado di svolgere adeguatamente tale compito, mentre quello superiore può eventualmente sostenerne l'azione. La *ratio* alla base di questo principio è da ricondurre al fatto che, tanto più l'ente è prossimo al cittadino, quanto meglio ne conosce i bisogni. In Italia, nel 1992, un ente vicino al cittadino ritenuto in grado di gestire adeguatamente i servizi sanitari venne individuato nella Regione, che per la prima volta dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, avvenuta con la legge 833/1978 [5], fu chiamata ad occuparsi della gestione dei servizi sanitari, non soltanto sotto il profilo organizzativo, ma anche finanziario per il già menzionato processo di aziendalizzazione della sanità.

Alla luce del processo di aziendalizzazione e regionalizzazione della sanità, si comprende il perché, sotto il profilo economico, la soddisfazione del paziente sia divenuta così importante in ambito sanitario: poiché l'offerta dei servizi sanitari nelle aziende ospedaliere dipende, tra le altre cose, dalla corrispondente domanda, quanto più elevato sarà il numero dei pazienti che frui-

(1) Nel 1992 questo parametro è stato ampiamente disatteso dall'Italia, in quanto il rapporto tra debito pubblico e Pil ammontava al 105% [4]. Il legislatore italiano, pertanto, si rese conto che fosse giunto il momento di razionalizzare la spesa pubblica, ivi compresa quella in ambito sanitario. Quella sanitaria, infatti, rappresenta il terzo sottosettore di impiego della spesa pubblica italiana, dopo i sottosettori dei servizi generali delle amministrazioni pubbliche e della protezione sociale (per approfondimenti è possibile consultare la banca dati Istat alla sezione Voci di uscita per funzione — COFOG 2 e 3 cifre).

(2) Il Dizionario di Economia e Finanza dell'Enciclopedia Treccani, infatti, definisce l'efficienza economica come il "rapporto tra [...] il grado nel quale vengono raggiunti gli obiettivi e i mezzi utilizzati. È realizzata quando, con gli strumenti a disposizione, non si può migliorare il livello di conseguimento degli scopi desiderati".

scono di servizi ospedalieri, tanto maggiore sarà l'ammontare di risorse stanziate dalla regione per quell'ospedale. La soddisfazione del paziente diventa, pertanto, la *mission* delle aziende ospedaliere: un paziente soddisfatto non soltanto sarà propenso a tornare nell'ospedale presso il quale si è recato, ma ne parlerà bene con la propria cerchia di familiari, amici e conoscenti (Freedman, 2006), contribuendo così, sia direttamente che indirettamente, a incrementare l'ammontare di risorse finanziarie stanziate a vantaggio di quell'ospedale.

2. La qualità

Già da queste brevi note iniziali si evince come la soddisfazione sia un concetto di fondamentale importanza in ambito sanitario. Lo step successivo consisterà nell'analizzare il fattore chiave che influenza questo concetto, tramite cui è possibile osservare un paziente soddisfatto o insoddisfatto. Tale fattore è la qualità del bene consumato (Sivadas e Baker–Prewitt, 2000): lo studio della soddisfazione del paziente passa attraverso lo studio della qualità del servizio ottenuto, motivo per cui, d'ora in avanti, ci si occuperà della definizione di qualità.

Dare una definizione di qualità non implica un procedimento univoco. In questa sede, piuttosto che fornire un elenco esaustivo delle varie definizioni di qualità che si sono susseguite nel tempo, si cercherà di collegare tra loro alcune delle definizioni più interessanti. In particolare, si avvierà la discussione dalle definizioni di qualità fornite in un noto lavoro di Reeves e Bednar (1994), che verranno riadattate sulla base della finalità della presente analisi, incentrata sulla soddisfazione del paziente.

La qualità è un concetto complesso, caratterizzato da una molteplicità di dimensioni (Sixma *et al.*, 2002). Una prima dimensione è quella della qualità come conformità ai bisogni o, usando due distinte definizioni date da Reeves e Bednar, qualità come eccellenza o come valore.

Durante la fase di ideazione di un prodotto o di un servizio da parte di un'azienda, sia essa privata che pubblica, bisogna innanzitutto individuare il target a cui si vuole offrire il bene e i suoi bisogni. Al riguardo, il cliente/utente può essere interessato ad ottenere un bene che rappresenti l'eccellenza relativamente alla categoria di beni a cui appartiene oppure a un bene di valore: nel primo caso, il target sarà interessato alla sola qualità del bene a prescindere dal relativo prezzo; nel secondo, l'interesse sarà rivolto al rapporto qualità–prezzo di quel bene. In

ambito sanitario, il paziente mediano potrebbe essere interessato più alla qualità come eccellenza per almeno due ragioni. La prima è che, con riferimento alle aziende ospedaliere pubbliche, il paziente solitamente non deve pagare un prezzo per ottenere un servizio, quantomeno non un prezzo che copra almeno il costo di quel servizio. Al limite, quando ci si riferisce ai servizi più costosi, il paziente potrebbe essere chiamato a dover pagare un corrispettivo per il servizio ottenuto, solitamente sotto forma di compartecipazione al costo (*ticket*), di ammontare decisamente inferiore rispetto al reale costo del servizio consumato⁽³⁾. La seconda ragione per cui il paziente è interessato alla qualità come eccellenza è che, soprattutto quando è affetto da patologie particolarmente gravi o delicate, esso è disposto a non tenere in considerazione l'aspetto economico pur di ottenere la migliore prestazione, rivolgendosi non di rado a strutture ospedaliere private, nella convinzione che siano caratterizzate da qualità più elevata per il trattamento di una specifica malattia.

Una volta individuati i bisogni del target di riferimento, lo step successivo è quello della realizzazione del prodotto/servizio. In questa fase, si può parlare di qualità come conformità alle specifiche progettuali di un prodotto o ai processi organizzativi di un servizio, definiti anche sulla base del target e dei corrispondenti bisogni rilevati nella dimensione precedente: è possibile affermare che, quanto più il bene concretamente realizzato è aderente alle specifiche progettuali nel caso sia un prodotto o ai processi organizzativi qualora ci si riferisca ai servizi, e dunque ai bisogni del cliente/utente di riferimento, tanto più il bene sarà di qualità.

Circa il grado di aderenza del bene a quanto ideato originariamente, bisogna distinguere se si parla di prodotti o servizi. Mentre nel primo caso ottenere una perfetta aderenza del bene alle specifiche progettuali definite *ex-ante* è un risultato auspicabile e conseguibile con una certa facilità, nel secondo caso ottenere tale risultato non soltanto può apparire per certi versi quasi impossibile, ma forse neanche troppo auspicabile. I servizi, al contrario dei prodotti, sono infatti caratterizzati da una spiccata componente interazionale, nel senso che essi normalmente dipendono, tra le altre cose, dall'interazione tra cliente e impiegato (Grönroos, 2012), tra paziente e operatore sanitario in questo caso. La conseguenza è che il risultato finale del servizio effettivamente erogato varierà da paziente a paziente.

Ad esempio, sotto il profilo tecnico, la diagnosi, la cura somministrata, la terapia prescritta dipenderà dal tipo di patologia del paziente e dalla gravi-

(3) L'importo del ticket, infatti, varierà a seconda del costo associato alla prestazione, ma in ogni caso per legge non potrà essere superiore a 36,15 euro [6].

tà della stessa. E ancora: per quanto riguarda gli aspetti umano-relazionali, il modo con il quale il medico comunicherà al paziente l'esito di una visita medica dipenderà, tra le altre cose, dai tratti socioeconomici del paziente (a un bambino o a un paziente anziano con un basso livello di istruzione, per esempio, ci si rivolgerà con un linguaggio che sia quanto più semplicistico possibile)⁽⁴⁾. In definitiva, nel caso dei servizi, quali quelli sanitari, l'omogeneità è un risultato a cui bisogna certamente puntare, ma con una certa flessibilità.

Si noti che il rilevamento di queste prime due dimensioni di qualità avviene a partire dalle indicazioni fornite da soggetti diversi dal cliente/utente, quali enti certificatori, il management dell'azienda e chi vi opera al suo interno. Ad esempio, è dai vertici dell'azienda che è possibile accertare, quantomeno inizialmente, il conseguimento della qualità come conformità ai bisogni, sulla base dei beni realizzati a partire dal segmento di clientela/utenza a cui vogliono destinarli. E ancora: sono soprattutto enti certificatori e/o dipendenti dell'azienda a definire il raggiungimento o meno della qualità come conformità alle specifiche progettuali di un prodotto o ai processi organizzativi di un servizio. Al riguardo, in letteratura si parla di misure di processo (*process measures*), che tengono conto, in questo caso, della corretta esecuzione di una prestazione sanitaria (Brook *et al.*, 1996).

La terza e ultima dimensione della qualità attiene alla qualità percepita, da intendersi come un incontro, se non superamento, delle aspettative del cliente/utente qualora il bene sia conforme alle specifiche progettuali del prodotto o ai processi organizzativi del servizio (seconda dimensione). La terza dimensione, a sua volta, nell'ambito di una relazione di tipo circolare, influenzerà la prima, quella della qualità come conformità ai bisogni. Questo perché il monitoraggio dei bisogni del cliente/utente non è un'operazione realizzata *una tantum*, che viene conclusa una volta individuati, durante la fase di ideazione del bene, i bisogni del target di riferimento. Piuttosto, si tratta di un'operazione che viene espletata anche e soprattutto dopo la fase del consumo del bene. Essa rappresenta per certi versi una prova della verità, una verifica *a posteriori* della bontà del bene realizzato (seconda dimensione) e, dunque, del processo di rilevamento dei bisogni (prima dimensione). Pertanto, è a partire dalla dimensione della qualità percepita che avviene il processo di miglioramento del bene offerto, di cui si è detto inizialmente quando è stata definita la *customer satisfaction*.

(4) Proprio per questo motivo, in letteratura sono stati proposti dei metodi statistici, noti come *risk adjustment methods*, che cercano di correggere un certo risultato, per esempio la soddisfazione, tenendo conto dei tratti specifici del soggetto trattato, il paziente in questo caso, quali la malattia di cui è affetto e il suo status socioeconomico (a livello istituzionale, cfr. Ministero della Salute, Progetto Mattoni [7]).

L'accertamento di questa terza dimensione dipende dalle indicazioni date dalla clientela/utenza. Spetterà al paziente, infatti, dire se il servizio consumato era al di sotto o al di sopra delle sue aspettative, sulla base della sua esperienza con il servizio effettivamente consumato. In questo caso, si parla di misure di risultato (*outcome measures*), basate tra le altre cose sull'esperienza del paziente con l'assistenza sanitaria ottenuta, che può essere influenzata dalla comunicazione con il personale ospedaliero. Ad esempio, tra le dimensioni che definiscono la qualità dei servizi ospedalieri per i pazienti oncologici, Giammanco e Gitto (2019) valutano la disponibilità e l'assistenza ricevuta da parte del personale ospedaliero insieme con la comunicazione e le informazioni trasmesse; questi ultimi aspetti sono misurati attraverso l'applicazione della *Mishel Uncertainty in Illness Scale* (MUIS), che valuta in che misura l'incertezza influisca su un aspetto di cui si dirà tra breve, la qualità dell'assistenza percepita dal paziente.

Il concetto di qualità è, pertanto, caratterizzato da multidimensionalità. Di queste dimensioni, nonostante tutte siano strettamente legate le une con le altre, bisogna però tenerne una sotto stretto controllo, la qualità percepita dal paziente. È infatti dalla percezione che il cliente/utente ha avuto del prodotto/servizio consumato che dipenderà il suo livello di soddisfazione e, conseguentemente, le sue decisioni di consumo: il paziente tornerà in un ospedale nel momento in cui sarà soddisfatto del servizio ottenuto, cioè nella misura in cui avrà *percepito* il servizio come di qualità. È questo il motivo per cui l'analisi empirica del presente lavoro si baserà sull'analisi della qualità percepita.

3. Il disegno dell'indagine

L'analisi della qualità dei servizi di ricovero percepita dai pazienti del Policlinico di Messina costituisce l'obiettivo principale del presente studio. In quest'ottica, la Regione Sicilia ha predisposto uno strumento di valutazione per rilevare la qualità percepita dai pazienti delle aziende ospedaliere siciliane (Adragna *et al.*, 2019).

L'indagine sulla qualità percepita è stata avviata il primo gennaio 2016 e rappresenta il proseguimento di una ricerca analoga condotta negli anni immediatamente precedenti. Nel 2013 venne avviata, infatti, un'indagine sulla qualità percepita dai pazienti sui diversi servizi erogati dalle aziende ospedaliere, ma di lì a poco risultò chiaro come la ricerca presentasse diverse criticità. Ad esempio, la rilevazione era di tipo censuario e i questionari adottati erano

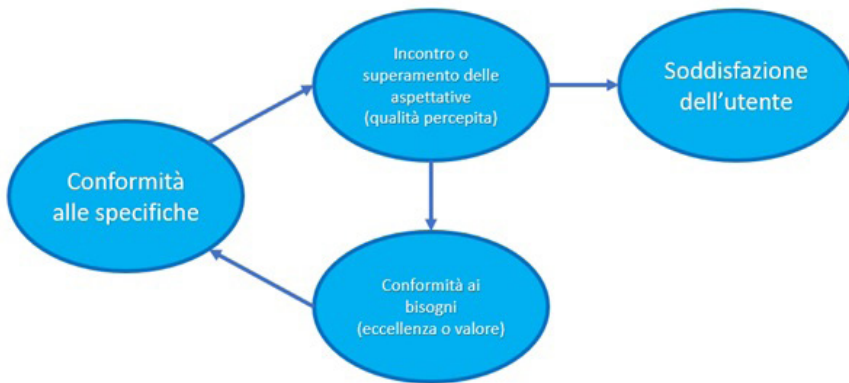


Figura 1. Le dimensioni della qualità.

somministrati per autocompilazione, determinando costi di rilevazione elevati e il rischio di alte percentuali di mancate risposte.

Questi problemi indussero l'assessorato regionale della Salute a ripensare l'intero progetto, coinvolgendo questa volta un *pool* di statistici dell'Università di Palermo, oltre che un gruppo di operatori sanitari del Policlinico di Catania, e nel 2015 si implementò un nuovo disegno di indagine. Innanzitutto, l'onerosa rilevazione censuaria venne sostituita con una rilevazione più economica, di tipo campionario. A tal fine, venne realizzato un piano di ripartizione delle interviste tenendo conto dei vari ambulatori presenti in ciascuna Azienda ospedaliera⁽⁵⁾.

Relativamente allo strumento di rilevazione usato, i questionari non vennero più somministrati per autocompilazione, ma telefonicamente, qualche giorno dopo la visita ambulatoriale o il ricovero ospedaliero. Per questo motivo vennero formulate delle nuove schede di intervista, adatte ad essere somministrate telefonicamente.

Dopo una prima indagine pilota, il primo gennaio 2016 venne avviata la ricerca in questione, con l'obiettivo di rilevare la qualità percepita nei servizi erogati dalle aziende ospedaliere siciliane, così da fornire al management di

(5) Il piano, che verrà aggiornato di anno in anno, prevede che venga somministrato annualmente un numero di interviste intorno allo 0,05% della popolazione; le interviste sono ripartite per quadrimestri. Il più recente piano di ripartizione delle interviste prevede l'uso di uno schema di rilevazione dei singoli reparti con frazioni di campionamento variabili, dove per frazione di campionamento si intende il rapporto tra il numero di interviste realizzate annualmente e il numero delle prestazioni erogate in un anno. Nel caso dei servizi di ricovero, l'indagine non è stata realizzata nei reparti che presentano 50 o meno ricoveri annui, in quanto l'esiguo numero di ricoveri rischiava di rendere difficile il reperimento dei pazienti.

queste ultime gli strumenti necessari per risolvere le criticità rilevate e migliorare ulteriormente i punti di forza individuati.

La ricerca, nel corso degli anni successivi, subì delle modifiche e ad oggi è strutturata su due livelli. Il primo prevede di rilevare la qualità percepita dai pazienti sui servizi diagnostico-ambulatoriali ricevuti, mentre il secondo implica la rilevazione della qualità percepita dai pazienti sui servizi di ricovero e cura ottenuti. Il presente lavoro mira ad analizzare quest'ultimo ambito.

3.1. Il questionario

Durante la fase di costruzione dei questionari per rilevare la qualità percepita dai pazienti, si decise di tenere conto della letteratura sul tema. Relativamente ai servizi di ricovero, si prestò attenzione a uno studio realizzato nel 2010 da Elliott *et al.*, nell'ambito del quale viene valutata la qualità percepita dai pazienti residenti negli Stati Uniti sui servizi di ricovero e cura erogati dagli ospedali del paese. Lo studio prendeva come riferimento il questionario HCAHPS (*Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*) e valutava i vari aspetti della qualità percepita dai pazienti durante il periodo di degenza in ospedale (comunicazione con medici e infermieri, gestione del dolore da parte del personale ospedaliero, informazioni fornite al momento delle dimissioni, etc.).

Il questionario sulla qualità percepita nei servizi di ricovero impiegato in Sicilia, in particolare, si compone di poco più di venti domande, che sono state raggruppate in cinque sottocategorie ascrivibili ai diversi aspetti della qualità percepita sui servizi ricevuti. Le prime due includono il giudizio del paziente sull'assistenza fornita dagli infermieri nel primo caso e dai medici nel secondo caso. La terza e la quarta contengono la valutazione del paziente, rispettivamente, dell'ambiente ospedaliero e della sua esperienza in ospedale. La quinta include infine il giudizio del paziente sui servizi ricevuti durante la fase di dimissione dall'ospedale. Inoltre, è presente un'ulteriore sottocategoria volta a rilevare la valutazione complessiva sull'insieme dei servizi ricevuti.

4. Il campione osservato

Sono state raccolte 333 interviste, tutte realizzate nel 2019. Prima della somministrazione del questionario, a ciascun paziente è stata richiesta la compilazione di una scheda di consenso informato, a partire dalla quale è stato possibile