

**L'analisi e la valutazione della soddisfazione degli utenti interni:
un'applicazione nell'ambito dei servizi sanitari**

Maria Teresa Morana

Febbraio 1996

SUMMARY

L'adozione dei principi e dei metodi della Qualità Totale e l'orientamento alla Customer Satisfaction hanno modificato l'organizzazione interna e la gestione del personale tanto nelle aziende private quanto in quelle pubbliche, produttrici di beni e/o servizi.

In particolare il D.L. n. 502 del 1992 ha indotto una riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero la trasformazione delle strutture sanitarie pubbliche in aziende, rendendo necessaria e rilevante la valutazione delle prestazioni medico-sanitarie nonché la misurazione del livello di soddisfazione e/o insoddisfazione degli utenti esterni ed interni.

L'assimilazione dell'assistenza sanitaria ad un processo produttivo di servizi ha consentito di utilizzare nell'ambito dell'azienda-sanità alcuni dei metodi di misura e dei modelli di analisi della customer satisfaction e della qualità del servizio, sperimentati in altri contesti di servizio.

Lo studio, condotto nel corso dell'anno 1995 presso i laboratori di analisi di due aziende ospedaliere di interesse nazionale ad alta specializzazione: il C.T.O. - C.R.F.- Maria Adelaide di Torino ed il Civico-Oncologico - Maurizio Ascoli di Palermo, ha permesso di evidenziare che la metodologia impiegata e gli indici calcolati sono utili per la valutazione della qualità percepita e del livello di soddisfazione degli utenti interni e che il loro impiego può estendersi ulteriormente nell'ambito di questo settore specifico.

L'autore desidera ringraziare Diego Margon per l'assistenza informatica, Silvana Zelli e Maria Zittino del Ceris per la predisposizione di grafici e tabelle.

1 INTRODUZIONE AL CONCETTO DI QUALITÀ

1.1 LA CENTRALITÀ DELL'UOMO NELLA QUALITÀ TOTALE

Il tema della qualità oggi è sempre più attuale data l'importanza che essa ha assunto sul piano strategico per molte aziende private e pubbliche, fornitrici di beni e/o servizi.

Con il termine qualità solitamente ci si riferisce sia a quella finale del prodotto/servizio sia a quella relativa ai processi, ai sistemi di produzione e più in generale alla cultura che permea un'intera organizzazione, ovvero alla *Qualità Totale*. Essa implica una concezione dinamica secondo cui l'attenzione si estende dall'azienda al cliente o, meglio, all'uomo: l'uomo-fornitore, l'uomo-dipendente (cliente interno), l'uomo-consumatore (cliente esterno)¹.

La Qualità Totale è un insieme di metodi e principi volti a orientare l'intera organizzazione verso il miglioramento continuo della qualità in modo da massimizzare la soddisfazione del cliente (interno e esterno) al minimo costo².

L'aspetto più rilevante di tale approccio è la centralità assunta dalle **Risorse Umane**: l'obiettivo principale da conseguire diventa quello di favorire e sviluppare il benessere e la soddisfazione sia di coloro che sono coinvolti nei processi aziendali sia di coloro che beneficiano dei prodotti/servizi forniti. A tal fine risulta essenziale la partecipazione e il coinvolgimento attivo di tutti: dal top-management che dovrebbe adottare uno stile di direzione partecipativo e un sistema di gestione del personale che sia premiante e che valorizzi il lavoro di tutti, sino ai livelli aziendali più bassi che dovrebbero sviluppare la capacità di lavorare in gruppo ed una certa flessibilità per saper coniugare le esigenze dei clienti interni ed esterni con le risorse disponibili.

Per favorire la partecipazione attiva di ciascun individuo all'interno dell'azienda si rende necessario attuare il passaggio dalla cultura della responsabilità come onere di pochi a quella del lavoro di gruppo, che abitua alla autocritica e alla critica costruttiva come strumento per la crescita personale e professionale.

Il gruppo diventa l'unità presso cui ciascuno dà il proprio contributo secondo le necessità e compatibilmente alle proprie competenze e capacità, essenziale è anche la collaborazione con gli altri, l'apporto dato per la definizione degli obiettivi o per la risoluzione di alcuni problemi che possono presentarsi nel corso del processo

¹ A. Ricci, *Qualità totale per l'azienda*, Etas Libri, I ed. 1990.

² M. Périgord, *Reussir la qualité totale*, Management 2000, Les éditions d'organisation, Paris, 1987, p. 72.

produttivo. Tutto questo contribuisce ad aumentare le motivazioni degli individui sul lavoro e il loro grado di soddisfazione nei confronti dei prodotti/servizi ricevuti dai fornitori interni, superando in tal modo una concezione monetarista della motivazione e l'idea di poter controllare gli individui mediante un sistema di premi-punizioni sulla base dei risultati raggiunti.

Ogni sistema produttivo pertanto può configurarsi come un processo del tipo fornitore-cliente³, dove per cliente si intende non solo il consumatore finale ma anche tutti gli intermediari, i fornitori e i clienti interni in un ciclo in cui ogni produttore è anche consumatore⁴. Diventa così essenziale raggiungere elevati livelli di qualità sia sul mercato esterno, dove occorre rispondere alle richieste e alle aspettative dei clienti finali se si vuole sopravvivere e conseguire un vantaggio competitivo duraturo, sia sul mercato interno all'azienda, dove occorre soddisfare le esigenze dei clienti interni per ottenere la loro attiva collaborazione nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi aziendali.

1.2 LA QUALITÀ DEI SERVIZI

I principi e i metodi della Qualità Totale sono applicabili in tutti i campi: dal manifatturiero al terziario, tuttavia in quest'ultimo settore la progettazione, il controllo e la misura della qualità pongono numerosi problemi sia per l'aspetto composito della qualità dei servizi sia per le differenze esistenti tra prodotti e servizi. Infatti i primi sono omogenei, oggettivamente misurabili, sostituibili, prodotti, distribuiti e consumati in momenti diversi; viceversa i secondi sono eterogenei, soggettivamente valutabili, in quanto intangibili, difficilmente sostituibili, prodotti e consumati contestualmente, per cui l'utente diventa co-produttore cioè entra all'interno del processo di produzione e lo valuta, esso quindi va progettato tenendone conto⁵.

L'immaterialità e l'univocità dei servizi rende necessaria sia la ricerca di specifiche di prestazione, ovvero di criteri da seguire nell'erogazione degli stessi che siano quantificabili e che diventino essenziali nella gestione della qualità dei servizi, sia di appositi metodi di misura.

Affrontare la qualità dei servizi implica pertanto una scomposizione di tale costruito in più fattori componenti da ponderare successivamente secondo il contributo

³ Il fornitore è colui che eroga un prodotto/servizio; il cliente è chi richiede, acquista e beneficia di tali prodotti e/o servizi.

⁴ G. Pala, *La qualità (Perché, per chi e come farla)*, FRANCO ANGELI EDITORE.

⁵ G. Pala; op. cit.

che ciascuno di essi da al risultato finale. Essenzialmente sono stati individuati tre fattori componenti:

1. Componente hard: riferita agli aspetti materiali del servizio;
2. Componente soft: riferita alle procedure, ai processi, ai sistemi di comunicazione e di erogazione del servizio;
3. Componente human: riferita al tipo di relazione che si instaura tra fornitore e cliente.

Un cliente allora può valutare la qualità di un servizio ricevuto sulla base di tre indicatori:

1. Efficacia/Inefficacia del servizio
2. Efficienza/Inefficienza del servizio
3. Empatia.

Operando nell'ambito dei servizi bisogna assumere come presupposto quello di produrre servizi di elevata qualità e che questo lo si può fare solo a partire dall'interno dell'azienda: la soddisfazione del cliente esterno è infatti il risultato di un ottimo lavoro di gruppo e di una stretta integrazione tra le varie funzioni aziendali. A tale scopo occorre ridisegnare l'organizzazione interna in modo da renderla più decentrata e tale da creare un processo decisionale che parte dai dipendenti e via via risale fino al top-management.

Se si assume come definizione di servizio l'erogazione di un'attività fornita da alcuni individui per l'utilità, la soddisfazione e il supporto dell'attività di altri (singoli individui o rappresentanti di organizzazioni pubbliche o private)⁶, è chiaro che in essa rientrano anche i **servizi interni**, cioè quelli forniti da un'unità produttiva posta a monte ad un'altra posta più a valle appartenente alla stessa organizzazione o ad un'altra.

Pertanto la qualità dei servizi forniti ai **clienti esterni** è condizionata dalla qualità dei servizi forniti ai **clienti interni**, dal momento che la qualità di un prodotto/servizio dipende dalla qualità dei processi che hanno contribuito a produrlo.

⁶ G. Pala; op. cit.

2 LA CUSTOMER SATISFACTION

2.1 LA SODDISFAZIONE DEL CLIENTE ESTERNO/INTERNO

Buona parte delle definizioni del concetto di qualità⁷ concordano su un punto: un prodotto/servizio è di qualità se risponde alle esigenze dell'individuo, in tal senso potremmo asserire la coincidenza tra qualità e soddisfazione del cliente (customer satisfaction), ovvero la capacità di un'intera impresa di allineare la propria offerta ai bisogni espliciti e impliciti dei propri clienti in modo da soddisfarli e renderli *fedeli*.

Le imprese che si pongono come obiettivo la *Customer Satisfaction* sono anche quelle che riescono ad avere successo sul mercato dal momento che ottengono vantaggi di ordine:

- economico: si riducono i costi della non-qualità e quelli pubblicitari, grazie al passaparola gratuito dei clienti soddisfatti, inoltre quest'ultimi in media spendono di più sia perché ripetono l'acquisto sia perché sono meno sensibili al prezzo pur di disporre di un livello qualitativo superiore;
- competitivo: la maggiore attenzione all'evoluzione delle esigenze dei clienti favorisce un allineamento più rapido dell'offerta e la possibilità di costruire un rapporto di fiducia con essi, di conseguenza l'azienda rafforza la propria quota di mercato e dispone di fattori più difficilmente imitabili dalla concorrenza;
- sociale: il personale dell'azienda è coinvolto nella definizione degli obiettivi aziendali e nel miglioramento delle attività svolte, finendo molto spesso con l'identificarsi nell'azienda e con l'impegnarsi per il conseguimento del suo successo.

Conoscere i clienti, le loro aspettative, le loro esigenze e le loro percezioni dei beni/servizi offerti diventa dunque un imperativo per molte aziende pubbliche e private, dal momento che è proprio il livello di qualità percepita dal cliente che decreta il loro successo o fallimento, posto che non sempre per qualità si intende eccellenza assoluta bensì ciò che il cliente percepisce come importante o come rispondente alle sue esigenze in un dato momento.

Tuttavia assumere la Customer Satisfaction come obiettivo prioritario è condizione necessaria ma non sufficiente per il successo di un'azienda dal momento che, perché tale meta venga raggiunta, occorre porre attenzione principalmente alle

⁷ A tale proposito si consulti:

A. Ricci; op. cit.

A. Galgano, *La qualità totale*, IL SOLE 24 ORE LIBRI, III ristampa Giugno 1991.

esigenze e ai bisogni del personale che vi lavora. Infatti così come si è evoluto il consumatore, che regola i propri processi di acquisto sulla base di una maggiore esperienza e informazione, allo stesso modo si è evoluta la concezione del lavoratore che non è più ritenuto un dipendente-subordinato che deve lavorare per produrre, bensì un cliente da conoscere e soddisfare, in grado di prender parte all'intero processo produttivo con maggiore consapevolezza e che quindi si impegna di più nello svolgimento del proprio lavoro, risultando più produttivo.

L'individuo all'interno di un'organizzazione diventa così il **Cliente Interno**, riferendosi con tale termine a colleghi, collaboratori, reparti/uffici per i quali si produce un bene e/o un servizio e che sono posti immediatamente più a valle nella catena fornitore-cliente, la quale diventa il principale punto di riferimento per l'intera struttura organizzativa aziendale.

La capacità di un'azienda di soddisfare i propri clienti esterni dipende e si coniuga con quella di soddisfare i propri clienti interni e diventa essenziale soprattutto nel settore terziario, dove molto spesso i dipendenti rappresentano l'azienda stessa e la produzione del servizio non è ripetitiva, per cui non è possibile correggere eventuali prestazioni negative.

La diversa concezione dell'uomo sul lavoro nasce sia da un'evoluzione propria dei lavoratori sia da un diverso approccio alla gestione del personale da parte delle aziende, quest'ultimo scaturito proprio dall'adozione dei principi e dei metodi della Qualità Totale e dall'orientamento alla Customer Satisfaction.

Oggi l'individuo cerca nel lavoro non solo requisiti come la sicurezza del posto o un'adeguata remunerazione bensì fattori che gli consentano una crescita personale oltre che professionale, dato il maggior livello di istruzione, informazione ed anche di benessere di cui ormai beneficia.

Ci si avvia allora verso una fase caratterizzata dalla *sovranità del cliente interno* che richiede dei cambiamenti sia nella gestione del personale, non più concepito come una massa anonima ma come un insieme di individui ciascuno con diverse esigenze e caratteristiche da valorizzare, sia dell'intera struttura aziendale. In tal modo piuttosto che organizzare un'azienda in termini di strutture e processi, si cerca di progettare in modo integrato focalizzando l'attenzione sull'individuo-cliente (interno ed esterno), adottando modelli del tipo *right-to-left* e *bottom-up*⁸ ovvero invertendo la tradizionale piramide organizzativa che pone il cliente sulla base e i dirigenti al vertice. L'inversione

⁸ Le aziende che adottano tali modelli si organizzano al proprio interno tenendo conto della *voce del cliente esterno* (modelli *right-to-left*) e del *cliente interno* (modelli *bottom-up*).

della piramide⁹ fa sì che il cliente esterno diventi l'obiettivo prioritario di tutti i membri dell'azienda (e non soltanto del personale di contatto), ovvero di tutti coloro che concorrono al miglioramento dei servizi resi a questi grazie al miglioramento dei servizi forniti ai propri clienti interni.

Quando la gestione del personale è intesa come servizio volto a soddisfare le esigenze differenziate dei clienti interni si parla di **Marketing Interno**, cioè il rapporto di lavoro viene assimilato ad uno scambio sul mercato (interno) dove l'impresa vende i suoi prodotti/servizi in cambio delle prestazioni fornite dagli individui, che vengono riconosciuti come portatori di interessi differenziati e di diverse caratteristiche professionali e sociali.

Naturalmente non è razionale attendersi il soddisfacimento di tutte le aspettative dei clienti interni a spese della produttività dell'azienda: occorre armonizzare le esigenze di ambo le parti; in tal senso il Marketing interno si differenzia dal Marketing esterno per il quale, al contrario, l'azienda deve necessariamente soddisfare le esigenze dei clienti esterni se vuole sopravvivere sul mercato.

2.2 MODELLI E MISURE PER VALUTARE LA CUSTOMER SATISFACTION

L'obiettivo prioritario di conseguire la soddisfazione dei clienti interni ed esterni richiede alle aziende di progettare ed impiegare modelli e sistemi di misura che consentano di valutare e monitorare con continuità il grado di soddisfazione/insoddisfazione raggiunto. Gran parte dei metodi sviluppati misurano il livello di soddisfazione dei clienti esterni, tuttavia essi possono essere impiegati con opportuni accorgimenti anche per valutare il livello di soddisfazione dei clienti interni.

L'azienda orientata al cliente deve innanzitutto organizzarsi per soddisfarlo in tutte le sue richieste, a tale scopo risulta essenziale eseguire un'analisi articolata in quattro fasi¹⁰ :

- I. conoscere l'ambiente in cui si opera, soprattutto studiando l'andamento di due variabili: la dimensione della domanda e la cultura locale;
- II. scegliere una strategia aziendale che faccia conseguire all'impresa un vantaggio competitivo sostenibile;

⁹ La tradizionale piramide organizzativa prevede un'organizzazione di tipo rigidamente gerarchico con al vertice il Direttore Generale e, ai livelli successivi, i Direttori, il Personale, il Personale di contatto con la clientela e, sulla base, i clienti; in una tale organizzazione il cliente concerne l'attenzione di pochi (solo del personale di contatto).

¹⁰ A.Q. Quartapelle, *Customer Satisfaction (Conquistare la fedeltà del cliente con il marketing dei servizi)*, McGRAW-HILL, Giugno 1994.

- III. disegnare la sequenza del servizio, ovvero pianificare ogni fase della sua erogazione dal punto di vista del cliente;
- IV. individuare i nodi della qualità, ovvero analizzare ogni fase di erogazione del servizio secondo le aspettative dei clienti in modo da orientare la qualità dello stesso verso la loro soddisfazione, individuando soprattutto gli aspetti che essi reputano più importanti.

Per misurare il livello di qualità percepita e di soddisfazione si rilevano o le opinioni dei clienti su aspetti generali e specifici di un servizio o le loro valutazioni su alcuni aspetti cruciali dello stesso. Solitamente lo strumento utilizzato a tale scopo è il questionario che può essere impiegato sia in interviste dirette (più affidabili ma anche più costose) sia in interviste telefoniche (che consentono di raggiungere persone altrimenti non reperibili e di ridurre i costi).

Numerose sono le scale di misura che si possono impiegare, ciascuna presenta vantaggi e svantaggi ed è più o meno adatta secondo il contesto in cui la si vuole applicare, alcune tra le più usate sono:

- Scala binaria:

Soddisfatto - Insoddisfatto

- Scala di Likert:

Molto insoddisfatto	Piuttosto insoddisfatto	Nè soddisfatto nè insoddisfatto	Piuttosto soddisfatto	Molto soddisfatto
1	2	3	4	5

- Scala percentuale:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

- Scala di valutazione:

5. Eccellente
4. Molto buono
3. Buono
2. Passabile
1. Mediocre

•Scala di soddisfazione delle aspettative:

1. Non ha soddisfatto alcuna delle aspettative
2. Ha soddisfatto alcune delle aspettative
3. Ha soddisfatto la maggior parte delle aspettative
4. Ha soddisfatto tutte le aspettative
5. Ha superato le aspettative

È possibile valutare anche il peso che ciascun individuo da ad ogni dimensione del servizio sia direttamente, chiedendo di quantificare il grado di importanza attribuito alla dimensione, sia indirettamente mediante calcoli statistici, come l'analisi fattoriale.

Per quel che concerne le metodologie di valutazione della soddisfazione dei clienti interni/esterni si ricordano:

- la Critical Incident Technique¹¹ (CIT): è una tecnica di classificazione che, mediante procedure ben definite, consente di raccogliere osservazioni sul comportamento umano e di eseguire un'analisi di tipo quantitativo e qualitativo a differenza di altre procedure di analisi, come la cluster analysis o la factor analysis, che sono solo di tipo quantitativo.
- Il Problem Detection System¹² (PDS): è una tecnica di tipo quantitativo che consente di individuare i problemi sorti durante la fruizione di un servizio, di quantificare l'importanza che i clienti gli attribuiscono e in che misura la soluzione degli stessi influenza il loro comportamento successivo.
- Il Profit Impact of Market Strategy¹³ (PIMS): è una tecnica che consente di determinare l'impatto che gli elementi di una strategia hanno sulla redditività e sulla crescita di un'impresa, essa ha più volte confermato l'esistenza di una relazione positiva tra qualità dei servizi forniti e redditività: più alto è il livello di qualità più alti sono i profitti sia nel breve termine, perché consente di praticare prezzi più alti, sia nel lungo termine, perché si rafforza la quota di mercato.

¹¹ Mary Jo Bitner, B.H. Booms, M.S. Tetreault, The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents, in JOURNAL OF MARKETING, vol. 54, Gennaio 1990.

¹² Ideato e progettato dall'International Marketing Services Board della BDO Worldwide.

¹³ R.D. Buzzell e B.T. Gale, *I principi PIMS*, SPERLING & KUPFLER, Milano 1988.

- La Customer Satisfaction Survey¹⁴ (CSS): è una metodologia completa che definisce tutte le modalità con cui si effettua un'indagine periodica volta a misurare il livello di qualità percepita e di soddisfazione dei clienti; sulla base dei dati raccolti essa consente di elaborare anche degli indicatori numerici confrontabili nel tempo quali: a) il *Net Satisfaction Index*¹⁵ ; b) l'*Indice dei Non-Soddisfatti*¹⁶ ; c) l'*Indice di Trend*¹⁷. Dal momento che con tale metodo si indaga solo sul rapporto azienda-cliente, sono state presentate due varianti:
 - * la Customer Opinion Survey (COS), utile per rilevare informazioni di carattere generale e per individuare aspetti su cui eseguire in seguito indagini più dettagliate, in quanto è rivolta sia ai clienti di una data azienda sia ai clienti di aziende concorrenti,
 - * la Dealer Opinion Survey (DOS), volta a rilevare il livello di soddisfazione nei confronti delle reti distributive e dei concessionari di una data azienda e della concorrenza.
- Il Metodo SERVQUAL¹⁸ ideato da Parasuraman, Zeithaml e Berry al fine di misurare la qualità del servizio percepita dai clienti esterni e, se opportunamente adattato, interni di un'azienda. Secondo tale metodologia la valutazione della qualità del servizio si ottiene aggregando le misure ottenute sulle sue principali dimensioni individuate essenzialmente in cinque:
 1. Aspetti tangibili, cioè l'aspetto delle strutture fisiche, delle attrezzature ed anche del personale;
 2. Affidabilità, ovvero la capacità di erogare il servizio promesso in modo affidabile;
 3. Capacità di risposta, cioè la disponibilità ad aiutare i clienti e a fornire prontamente il servizio;
 4. Capacità di rassicurazione, che include la competenza e la cortesia del personale interno nonché la capacità di ispirare fiducia e sicurezza;
 5. Empatia, che comprende la facilità di accesso al servizio, la comunicazione, la capacità di comprendere il proprio cliente, l'assistenza attenta e personalizzata.

¹⁴ Politica, strategia e orientamento alla CS: materiale gentilmente fornito dal Dr. Giorgio Pala, IBM SEMEA, Roma.

¹⁵ Tale indice è ottenuto dal prodotto tra peso e giudizi di qualità forniti dai clienti diviso per il numero totale di risposte; è un indice di stato che, assumendo valori compresi tra 0 e 100, indica il livello medio di soddisfazione di tutti i (o di un gruppo di) clienti.

¹⁶ Tale indice è ottenuto dal rapporto tra il totale dei non-soddisfatti e degli indifferenti e il totale delle risposte; anche questo è un indice di stato.

¹⁷ Tale indice è ottenuto dal prodotto tra peso e giudizio sulla tendenza della qualità percepita diviso per il numero totale di risposte; può assumere valori compresi tra 0 e 100 indicanti il grado di variazione della qualità percepita da tutti i (o da un gruppo di) clienti.

¹⁸ V.A. Zeithaml, A. Parasuraman, L.L. Berry, *Servire Qualità*, McGRAW-HILL (Libri Italia s.r.l.), I ed. Gennaio 1991.

Al fine di misurare la qualità percepita su queste cinque dimensioni sono stati elaborati 22 item volti a misurare il livello delle aspettative dei clienti e altri 22 analoghi per valutare il livello delle loro percezioni sul servizio erogato; si possono includere altre cinque proposizioni con le quali si chiede di quantificare il grado di importanza attribuito a ciascuna dimensione con un numero compreso tra 0 e 100. Per ciascuno dei 44 item è chiesto di indicare il proprio grado di accordo/disaccordo su una scala articolata in sette punti (1=molto in disaccordo; 7=molto d'accordo); i valori rilevati vengono elaborati mediante svariati tipi di Punteggi Servqual (v. Tab.1) basandosi essenzialmente sull'assunto che la qualità percepita del servizio scaturisce dal confronto tra aspettative e percezioni, pertanto il suo valore è in funzione della direzione e del grado della loro differenza. I punteggi così ottenuti possono utilizzarsi per eseguire dei confronti tra l'evoluzione di aspettative e percezioni dei clienti nei confronti di un'azienda, nel tempo o tra aziende concorrenti, oppure per individuare punti di forza e di debolezza, per segmentare la clientela (ad esempio secondo le percezioni di qualità: alta, media, bassa) e analizzare tali segmenti secondo gli aspetti demografici, le motivazioni o il peso attribuito a ciascuna dimensione.

Il principale svantaggio del sistema SERVQUAL è connesso all'uso di domande predefinite che impedisce di conoscere aspetti della qualità del servizio ignorati dall'erogatore, di contro i vantaggi sono notevoli perché gli item predefiniti facilitano l'elaborazione e l'interpretazione dei dati e, comunque, possono adattarsi al contesto in cui si utilizzano, inoltre la possibilità di misurare separatamente aspettative e percezioni amplia le possibilità di analisi (ad esempio un valore negativo della qualità percepita del servizio può essere imputabile o ad aspettative eccessive o a prestazioni deludenti).

Il sistema SERVQUAL consente anche di eseguire l'analisi di un eventuale divario tra aspettative e percezioni del cliente, individuando le possibili cause in altri quattro scostamenti (v. Fig. 1):

- a) divergenza tra le aspettative dei clienti e la percezione che di queste hanno i dirigenti, dovuta o ad una cattiva utilizzazione dei risultati delle ricerche di mercato o ad una mancanza di (o inadeguata) comunicazione tra le due parti;
- b) divergenza tra la percezione delle aspettative dei clienti da parte dei dirigenti e le specifiche di qualità del servizio da essi fissate, imputabile a particolari condizioni del mercato, all'indifferenza del management, a risorse limitate o all'orientamento al profitto nel breve termine;
- c) divergenza tra gli standard di qualità fissati dal top-management e le effettive prestazioni del personale, questa può attribuirsi a fattori quali la mancanza di coinvolgimento del personale nella loro definizione, l'ambiguità e il conflitto dei

ruoli, la scarsa idoneità degli strumenti o dei dipendenti o l'assenza del lavoro di squadra;

- d) divergenza tra le prestazioni effettivamente fornite e quelle promesse, dovuta ad un uso improprio dei canali di comunicazione (come la pubblicità) dando informazioni false o distorte o, al contrario, non informando su aspetti nascosti dell'erogazione del servizio che, se noti, potrebbero migliorare il giudizio del cliente.

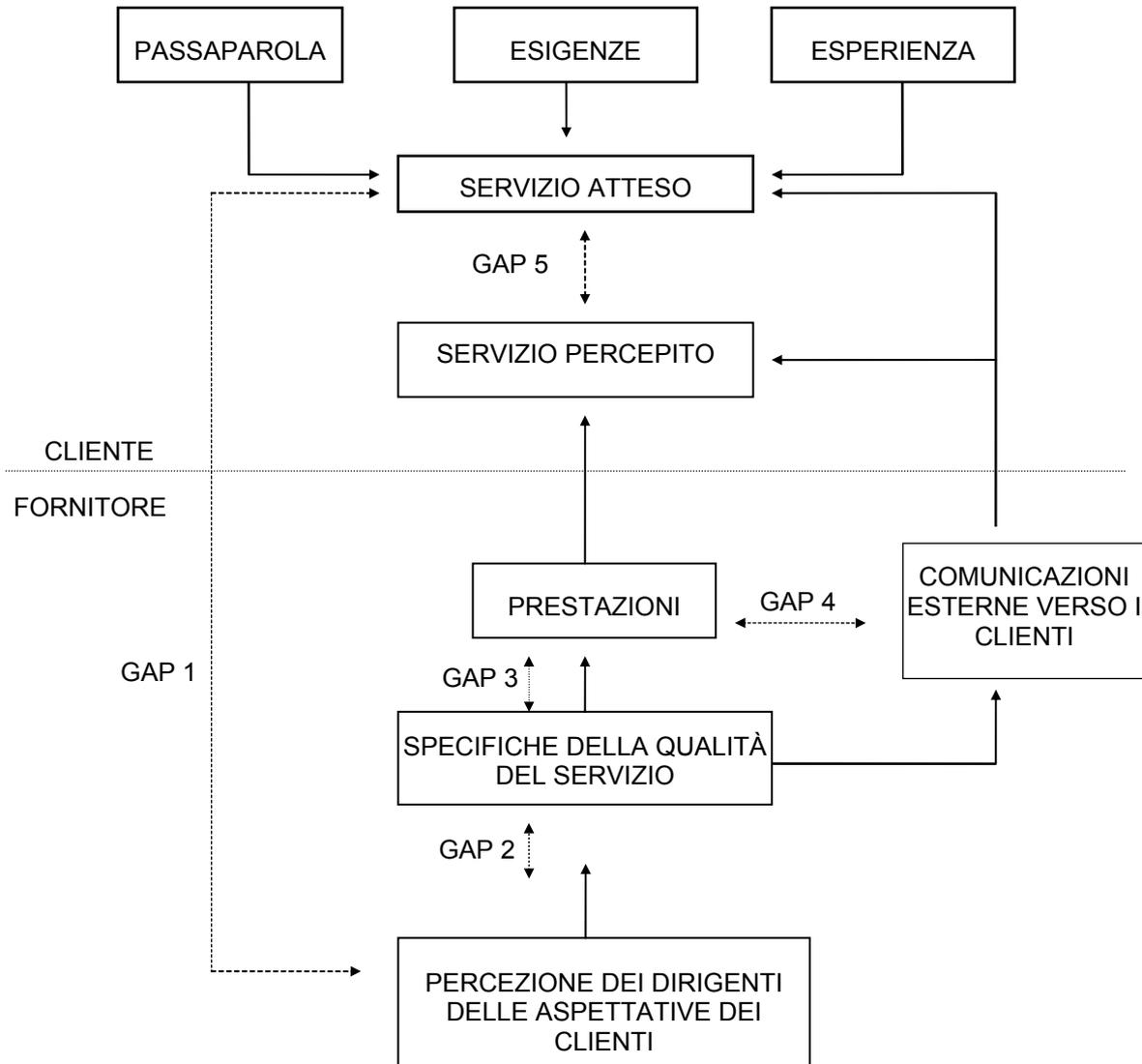
Naturalmente riuscire ad individuare ciascuno di tali divari e le cause sottostanti e adoperarsi per ridurli, se non addirittura eliminarli, contribuisce notevolmente a migliorare il livello di qualità percepita e probabilmente anche il grado di soddisfazione del cliente.

- Il Metodo SERVPERF¹⁹ elaborato da Cronin e Taylor per misurare la qualità percepita del servizio in alternativa al sistema SERVQUAL. Esso è basato sul presupposto che le sole percezioni, eventualmente ponderate secondo l'importanza attribuita da ciascun cliente alle dimensioni di un servizio, siano sufficienti nel fornire una misura della qualità percepita dello stesso.

Lo schema di valutazione adottato dai due autori riprende quello sviluppato da Parasuraman, Zeithaml e Berry, ma utilizza solo 22 items (uguali a quelli impiegati per la misura delle percezioni in SERVQUAL). La tipologia dei punteggi che si possono ottenere con tale sistema e la metodologia di calcolo è analoga a quella presentata in Tab.1 per il sistema SERVQUAL (escludendo le misure delle aspettative).

¹⁹ J. Joseph Cronin, Jr.; Steven A. Taylor; Measuring service quality: a reexamination and extension, in JOURNAL OF MARKETING, vol. 56, July 1992, pp. 55-68.

Fig. 1



Da *Servire qualità*; V.A. ZEITHAML, A. PARASURAMAN, L.L. BERRY; p. 56, McGRAW HILL, (Libri Italia s.r.l.), 1991.

Tab. 1

Punteggio Servqual (Percezioni-Aspettative):

$$PS(j,i,h) = P(j,i,h) - A(j,i,h)$$

$$j = 1...k$$

$$i = 1...n$$

$$h = 1...5$$

Qualità percepita dal cliente i rispetto alla dimensione h:

$$PS(i,h) = \sum_{j=1..k} PS(j,i,h)/k$$

Qualità del servizio percepita dal cliente i:

$$PMS(i) = \sum_{h=1..5} PS(i,h)/5$$

Qualità percepita della dimensione h da tutti i clienti:

$$PMS(h) = \sum_{i=1..n} PS(i,h)/n$$

Qualità percepita del servizio:

$$QS = \sum_{h=1..5} PMS(h)/5 = \sum_{i=1..n} PMS(i)/n$$

Dove:

$i = 1...n$; n = numero dei clienti

$h = 1...5$ dimensioni della qualità del servizio

$j = 1...k$; k = numero di item che misurano la dimensione h

Se $p(h,i)$ è il peso attribuito dal cliente i alla dimensione h , si possono calcolare i Punteggi Servqual ponderati:

$$PSp(i,h) = PS(i,h) * p(i,h)$$

$$PMSp(i) = \sum_{h=1..5} PSp(i,h)$$

$$PMSp(h) = \sum_{i=1..n} PSp(i,h) / \sum_{i=1..n} p(i,h)$$

$$QSp = \sum_{i=1..n} PMSp(i)/n$$

3 LA QUALITÀ NEI PROCESSI DI PRODUZIONE DELLA SANITÀ

3.1 I “SERVIZI” NELLA SANITÀ

Se per le aziende private che vogliono sopravvivere e rafforzare la propria quota di mercato l'adozione dei principi e dei metodi della Qualità Totale e l'obiettivo prioritario della soddisfazione dei propri clienti (interni e esterni) sono diventati assolutamente necessari, per gli Enti Pubblici che pur agiscono molto spesso in un regime di monopolio si pone la stessa esigenza, sia perché spesso gestiscono servizi complessi per i quali necessita la collaborazione (quindi il consenso) degli utenti, sia perché dispongono di minori risorse per cui un modo per ridurre le spese è quello di evitare i costi della non-qualità.

Nell'ambito dei servizi pubblici efficienza e qualità coincidono se si assume che l'output fornito non è semplicemente frutto di un certo numero di operazioni e del rispetto di alcuni standard prefissati, bensì include la comunicazione e la collaborazione tra operatore e utente, nonché la visibilità e la trasparenza delle operazioni. Pertanto la misurazione e l'analisi del livello di soddisfazione degli utenti interni/esterni diventano uno strumento per la valutazione della produttività di un ente pubblico, a tale scopo può essere utile sfruttare l'ampia esperienza della ricerca sui servizi privati²⁰ per individuare metodologie che possono migliorare le prestazioni fornite consentendo sia una maggiore attenzione alle esigenze e ai giudizi degli utenti, sia l'instaurazione di un rapporto più costruttivo e meno conflittuale tra cittadini-utenti e strutture pubbliche.

Molto spesso la soddisfazione dei clienti-utenti dipende dal livello di qualità percepito della prestazione pertanto, per valutare tale aspetto, occorrerebbe introdurre il *fattore qualità* nei modelli che studiano i processi di produzione e di consumo, oltre che riorganizzare la struttura interna in modo da coinvolgere tutti, dagli utenti esterni a quelli interni, valutando anche l'impatto sui costi, che spesso si riducono dal momento che il miglioramento della qualità del servizio comporta un dimensionamento più efficace della struttura e un utilizzo più efficiente delle risorse.

²⁰ M.J. Bitner, Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses, in JOURNAL OF MARKETING, vol. 54, n. 2, April 1990, pp. 69-82.

R.N. Bolton, J.H. Drew, A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes, in JOURNAL OF MARKETING, vol. 55, n.1, January 1991, pp.1-9.

S. Brown, T.A. Swartz, A gap analysis of professional service quality, in JOURNAL OF MARKETING, vol. 53, n. 2, April 1989, pp. 92-98.

R.L. Oliver, J.E. Swan, Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions: a field survey approach, in JOURNAL OF MARKETING, vol. 53, April 1989, pp. 21-35.

Uno dei servizi pubblici che oggi, in Italia, si trova impegnato in una riorganizzazione del genere è il **Servizio Sanitario Nazionale**: il D.L. n. 502 del 1992 ha di fatto sancito la trasformazione delle strutture sanitarie pubbliche (U.S.L. e strutture ospedaliere ad alta specializzazione) in aziende, comportando notevoli cambiamenti nel sistema di gestione delle stesse.

L'**aziendalizzazione** ha come obiettivo quello di dar luogo ad imprese autonome, competitive ed efficienti nell'allocazione delle risorse di cui dispongono, non trascurando ovviamente l'obiettivo prioritario della tutela della salute.

Pertanto la prestazione sanitaria sarà oggetto di misurazione sia per quel che concerne i costi sia per quel che concerne la qualità, in particolare l'obiettivo è verificare se i vantaggi conseguiti sono congruenti con i costi sostenuti; a tale scopo sono stati predisposti alcuni indicatori per favorire l'autovalutazione rispetto agli obiettivi posti e alle risorse impiegate, nonché l'individuazione di eventuali aree critiche soprattutto a livello locale.

Assume particolare rilievo la valutazione della qualità delle prestazioni che rappresenta una sorta di certificazione dell'azienda sanitaria ed un'ulteriore criterio di tutela della salute.

Un tale processo di ristrutturazione, che richiede spesso cambiamenti radicali, non è certamente di facile attuazione e, ancora oggi, stenta a decollare rischiando di fallire; uno dei nodi centrali è la riduzione dei costi e il recupero dell'efficienza senza effettuare tagli indiscriminati: occorrerebbe individuare un punto di equilibrio tra la regolazione dei flussi di spesa e il miglioramento della qualità delle prestazioni, oltre che della modernità delle strutture e degli strumenti disponibili. Un altro ostacolo è rappresentato dal fatto che è ancora l'offerta (l'organizzazione del servizio) ad orientare il mercato piuttosto che la domanda (i bisogni dei cittadini-pazienti), che invece dovrebbe avere l'opportunità se non il potere di indurre gli erogatori del servizio a migliorare il livello qualitativo delle loro prestazioni.

3.2 LA QUALITÀ NELL'AZIENDA OSPEDALIERA

L'assistenza sanitaria può considerarsi come un processo di produzione di servizi sanitari e pertanto si possono individuare alcune differenze e analogie con un processo produttivo industriale. Infatti la *materia prima* è diversa: eterogenea nei servizi sanitari, generalmente omogenea e con possibilità di essere sostituita nel caso di difetti irreparabili nei processi manifatturieri; differente è pure lo scopo del controllo di qualità volto alla prevenzione e alla garanzia dell'ottima qualità delle cure nel primo caso, alla prevenzione dalla produzione di prodotti scadenti nel secondo. Le analogie che

presentano i due processi concernono la possibilità di scomporli in sotto-processi più facilmente controllabili, l'introduzione del controllo di qualità a monte della programmazione, la verifica e la revisione dei livelli qualitativi raggiunti al fine di un loro miglioramento continuo²¹.

Il **processo produttivo sanitario** può allora scomporsi sia in micro-processi con le caratteristiche di ripetitività dei processi a lotti o in linea (come i laboratori di analisi) sia in processi simili a quelli su commessa (interventi chirurgici, trapianti,...) meno controllabili e più difficilmente standardizzabili. Per migliorare il controllo su questi occorrerebbe organizzare all'interno di ciascun servizio sanitario catene del tipo fornitore-cliente che facilitino il controllo e la valutazione del risultato finale attraverso molti controlli intermedi, più immediati nell'individuazione di eventuali carenze.

Se parliamo in termini di processo produttivo sanitario ha senso pensare di poter implementare un **Sistema Qualità** nell'ambito di aziende sanitarie, sia per motivi di ordine istituzionale (la riforma del S.S.N. e la conseguente aziendalizzazione) sia per motivi di ordine economico (un più elevato livello di qualità non è affatto sinonimo di lussi o sprechi, bensì implica un uso più efficace ed efficiente delle risorse disponibili, quindi costi più bassi e produttività più elevata).

In tale contesto le tre componenti della qualità del servizio si connotano nel modo che segue:

- la componente hard si riferisce alla qualità del processo di produzione (interventi chirurgici, esami di laboratorio,...) e del sistema di erogazione (accessibilità del servizio, tempi di attesa,...);
- la componente soft (senso di fiducia, credibilità, accoglienza, affidabilità,...) è connessa alle fasi di produzione, erogazione e consumazione del servizio;
- la componente human è caratterizzata dal rapporto tra paziente-utente e servizio reso, difficile da valutare e controllare perché estremamente variabile dal momento che occorrerebbe misurare *quanta salute* si è aggiunta e la *qualità di tale quantità*.

La valutazione della qualità dei servizi si può allora compiere sulla base dei processi, della struttura, dei risultati raggiunti e, soprattutto, sulla base del livello di soddisfazione degli utenti esterni e interni. Infatti anche in questo settore la costruzione di un sistema di qualità parte dall'interno: si rende necessario coinvolgere e motivare tutto il personale (amministrativi, infermieri, medici, tecnici,...), ciascuno secondo le proprie competenze e capacità, sottoponendolo ad una formazione continua al fine di

²¹ Hannu V. Vuori, *Verifica e revisione della qualità nei servizi sanitari (concetti e metodologie)*, EDIMEDICADUE.

renderlo più flessibile e più disponibile ad accettare o a proporre eventuali cambiamenti; inoltre sarebbe auspicabile riuscire a creare una struttura organizzativa rispondente alle esigenze dei clienti esterni (i pazienti) e interni (gli operatori sanitari).

Infine, per implementare un sistema di qualità totale nell'ambito di un'azienda sanitaria si possono utilizzare metodi e strumenti propri di altri settori, opportunamente adattati; ad esempio il ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action) può essere integrato con il **ciclo DTMP²²**, cioè

- **Diagnosi:** si effettua una segmentazione dei processi clinico-assistenziali e, per ciascuno di essi, si individuano eventuali problemi e possibili soluzioni;
- **Terapia:** consente di riportare i processi da *fuori a sotto controllo* con l'ausilio di appositi strumenti (foglio di raccolta dati, istogramma, stratificazione, diagramma di Pareto, diagramma causa-effetto, diagramma di correlazione, carte di controllo);
- **Monitoraggio:** si esegue un controllo sul grado di raggiungimento degli obiettivi, ciò consente di individuare eventuali scostamenti o possibili margini di miglioramento;
- **Prevenzione** di eventuali difetti o carenze nei processi, a tale scopo è necessario che tutti gli operatori sanitari abbiano presenti i principi del Total Quality Management quali l'orientamento ai propri clienti interni e esterni e il miglioramento continuo.

Risulta chiaro che la valutazione della qualità dei servizi sanitari non è affatto semplice sia perché non è univoca la definizione che di essa si può dare (qualità dei rapporti con l'utente esterno/interno, qualità delle cure, dell'assistenza, delle strutture, degli strumenti, dell'organizzazione...) sia perché, se ci si riferisce al servizio fornito al paziente, essa è influenzata da numerosi fattori soggettivi che danno luogo ad un elevato grado di variabilità rendendo difficile la standardizzazione. Il punto di riferimento fondamentale rimane comunque il cliente (che può essere di volta in volta il paziente, l'operatore sanitario, l'ospedale facente parte di una certa U.S.L.,...) del quale diventa ormai essenziale conoscere attitudini, esigenze e livello desiderato di partecipazione al processo, al fine di progettare un sistema che lo soddisfi.

²² C. Ruta; *Sanità e management (Razionalizzazione strutturale e produttiva, controllo dei costi e del finanziamento, umanizzazione e qualità totale)*; ETAS LIBRI, 1993.

4 ANALISI DELLA CUSTOMER SATISFACTION PRESSO DUE AZIENDE OSPEDALIERE

4.1 L'OBIETTIVO DELLA RICERCA

L'esigenza di molte aziende sanitarie di agire come enti privati (gestire tutte le risorse disponibili in modo ottimale) le ha indotte ad una riorganizzazione interna ispirata proprio ai principi della Qualità Totale e orientata alla soddisfazione degli utenti.

Tuttavia è noto che l'implementazione di un Sistema di Qualità Totale ha successo solo se si riesce a permeare l'intera azienda della cultura della qualità, ovvero se si riesce ad instaurare tra tutti i membri del personale (dal top-management ai più bassi livelli gerarchici) un buon rapporto di comunicazione, cooperazione e collaborazione e se si riesce a far sì che gli stessi si indirizzino alla soddisfazione dei propri clienti (interni ed esterni) poiché, come si è affermato in precedenza, la soddisfazione dei clienti interni condiziona quella dei clienti esterni.

L'osservazione congiunta di questi aspetti ha indotto a svolgere un'indagine conoscitiva sul livello di soddisfazione/insoddisfazione degli utenti interni di un'azienda ospedaliera e sui fattori che lo influenzano, analizzando un particolare anello della catena fornitore-cliente cioè quello concernente da una parte il laboratorio di analisi di un ospedale (il fornitore) e, dall'altra, coloro che usufruiscono dei suoi servizi (i clienti interni) identificati essenzialmente in medici e capo sala dei reparti di degenza, escludendo pertanto i pazienti ricoverati o quelli che richiedono prestazioni di carattere ambulatoriale (i clienti esterni).

L'obiettivo che ci si è proposti di raggiungere con l'indagine è duplice:

◇ misurare il livello di soddisfazione/insoddisfazione dei suddetti clienti interni nei confronti dei servizi forniti dal laboratorio di analisi, al fine di individuare eventuali punti di forza e/o di debolezza che possano far mantenere o modificare l'organizzazione dello stesso in modo da renderlo più efficace, più efficiente e meglio rispondente alle esigenze dei suoi clienti-utenti;

◇ verificare se e come il livello della qualità percepita del servizio e quello di soddisfazione/insoddisfazione siano tra loro in relazione; l'esito di tale verifica può o avallare ulteriormente l'uso di alcuni metodi e modelli esistenti o, al contrario, indurre nuove possibilità di studi ed analisi per individuare altri modelli e scale di misura.

4.2 L'INDAGINE

L'indagine è stata condotta nel corso dell'anno 1995²³ sui laboratori di analisi di due aziende ospedaliere di interesse nazionale ad alta specializzazione: il C.T.O.-C.R.F.- Maria Adelaide di Torino e il Civico-Oncologico- Maurizio Ascoli di Palermo, al fine di disporre di dati su due realtà distinte²⁴.

La prima parte della ricerca ha comportato il reperimento di alcune informazioni sulla struttura organizzativa dei due ospedali e, in particolare, sull'organizzazione interna dei laboratori di analisi, sui principali prodotti/servizi forniti e sui clienti interni che più ne usufruiscono. Questi dati si sono rivelati utili sia per stilare il questionario da somministrare, sia per definire meglio l'universo di riferimento su cui sondare soddisfazioni e/o insoddisfazioni nei confronti dei servizi erogati sia, infine, per interpretare i risultati finali.

Dopo aver analizzato alcuni dei principali metodi di misura e di analisi della customer satisfaction, ai fini dell'indagine si è scelto di applicare il sistema SERVQUAL adattato alla specificità del servizio e dei clienti oggetto della stessa. Pertanto, individuato il metodo di raccolta ed analisi dei dati da utilizzare, si è proceduto a stendere il questionario da sottoporre alle unità oggetto dell'indagine.

Bisogna sottolineare che il sistema SERVQUAL misura il livello di *qualità percepita del servizio* che nell'ipotesi di lavoro è stato assunto come indicatore indiretto della customer satisfaction; per verificare tale ipotesi e per avere, in ogni caso, una misura diretta del livello di soddisfazione/insoddisfazione dei clienti interni, alle 25 coppie di item (22 previste dal modello e 3 integrate per adattare il questionario all'oggetto dell'indagine) sono state aggiunte in coda altre 5 proposizioni volte a quantificare il grado di soddisfazione o insoddisfazione sulle cinque principali dimensioni del servizio mediante una scala articolata in 7 punti: da 1 (molto insoddisfatto) a 7 (molto soddisfatto). Disponendo di tali misure è stato possibile verificare se e a quale livello i due costrutti della qualità percepita del servizio e del livello di soddisfazione sono in relazione tra loro.

²³ I questionari in particolare sono stati somministrati nel periodo giugno - ottobre 1995.

²⁴ Non si intende effettuare un confronto tra le due aziende ospedaliere dal momento che differiscono sia per le patologie trattate sia per le loro dimensioni.

4.3 I RISULTATI

Al fine di conseguire gli obiettivi precedentemente indicati sono state scelte le unità da rilevare: nell'azienda ospedaliera C.T.O. - C.R.F. - Maria Adelaide di Torino sono stati individuati diciotto reparti (escludendo l'ambulatorio ortopedico), mentre nell'azienda ospedaliera Civico - Oncologico - Maurizio Ascoli di Palermo ne sono stati individuati sei dal momento che i rimanenti prestano un servizio di carattere più prettamente ambulatoriale.

Successivamente sono stati interpellati presso i reparti di entrambi gli ospedali i capo sala e i medici, per quest'ultimi si è ritenuto sufficiente intervistarne mediamente uno per reparto (assumendo che la tipologia di servizi richiesta ad un laboratorio di analisi sia omogenea per i medici appartenenti ad uno stesso reparto e differente da un reparto all'altro; v. Tab.1). Il tasso di risposta, per i capo sala, è risultato piuttosto elevato: 66.7% per il Civico - Oncologico, 88.9% per il C.T.O.

Tab. 1 Unità rilevate nel corso dell'indagine

Aziende Ospedaliere	Reparti di degenza	N. C.S. intervistati	N. Medici intervistati
C.T.O. - C.R.F. - Maria Adelaide	18	16	19
Civico - Oncologico - Maurizio Ascoli	6	4	8

Una prima analisi dei dati rilevati in seguito alla somministrazione dei questionari ha indicato che in entrambe le aziende ospedaliere e per le due categorie di utenti interni intervistate (medici e capo sala) si ritiene che la dimensione più importante della qualità percepita del servizio sia l'*affidabilità* ovvero, in tal caso, la capacità del personale di un laboratorio di analisi di fornire un servizio in modo preciso e così come promesso (v. Tab.2); questo risultato è in linea con quelli ottenuti da indagini precedenti condotte al fine di meglio definire il sistema SERVQUAL²⁵. Seguono poi per ordine di importanza la *capacità di risposta* e gli *aspetti tangibili*; quest'ultimo risultato è in contrasto con gli esiti delle suddette ricerche che hanno rilevato tale dimensione come la meno importante. Tuttavia nello specifico contesto di servizio considerato è plausibile che gli elementi visibili (tipo e stato delle attrezzature disponibili, ordine e pulizia dei locali,...)

²⁵ V. A. Zeithaml, A. Parasuraman, L.L. Berry; *Servire qualità*, McGraw-Hill Libri Italia s.r.l., 1991.

esercitino un ruolo importante sul livello della qualità percepita del servizio e sul conseguente livello di soddisfazione e/o insoddisfazione dei clienti interni.

Tab. 2 Classificazione per ordine di importanza delle prime tre dimensioni della qualità del servizio secondo le due categorie di utenti interni delle due aziende ospedaliere considerate congiuntamente

DIMENSIONI	PERCENTUALE
I. AFFIDABILITÀ	72.3%
II. CAPACITÀ DI RISPOSTA	38.3%
III. ASPETTI TANGIBILI	34.0%

Se consideriamo le due realtà ospedaliere singolarmente e secondo le due categorie di utenti interni intervistate, notiamo che in merito alla classificazione per ordine di importanza esistono alcune differenze. Se vi è infatti assoluta concordanza sulla dimensione della qualità del servizio ritenuta più importante (gli aspetti tangibili, appunto) tanto al C.T.O. quanto al Civico - Oncologico, sia per i medici che per i C.S., lo stesso non può dirsi per le altre dimensioni.

All'interno dell'azienda ospedaliera di Palermo si rileva che per i C.S. l'elemento della qualità del servizio secondo per ordine di importanza è la capacità di risposta, invece per i medici sono ugualmente importanti ben tre dimensioni, ovvero la capacità di risposta, la capacità di rassicurazione e l'empatia. Al terzo posto i primi pongono l'empatia, mentre i secondi sia gli aspetti tangibili sia la capacità di risposta (v. Tab. 3).

Tab. 3 Classificazione per ordine di importanza delle prime tre dimensioni della qualità del servizio secondo Medici e C.S. dell'azienda ospedaliera ad alta specializzazione Civico - Oncologico - Maurizio Ascoli di Palermo

UTENTI INTERNI	DIMENSIONI	PERCENTUALE
C.S.	Affidabilità	75.0%
	I. Capacità di risposta	50.0%
	II. Empatia	50.0%
MEDICI	I. Affidabilità	75.0%
	II. Capacità di risposta	25.0%
	Capacità di rassicurazione	25.0%
	Empatia	25.0%
	III. Aspetti Tangibili	37.5%
	Capacità di risposta	37.5%

Nell'ambito dell'azienda ospedaliera torinese la diversità di consensi sull'ordine da attribuire alle dimensioni della qualità del servizio la si osserva solo in merito al terzo posto. Infatti tanto per i medici quanto per i C.S. intervistati le prime due dimensioni sono, nell'ordine, l'affidabilità e la capacità di risposta; invece la terza è rappresentata dall'empatia per i primi e dagli aspetti tangibili per i secondi (v. Tab. 4).

Tab. 4 Classificazione per ordine di importanza delle prime tre dimensioni della qualità del servizio secondo Medici e C.S. dell'azienda ospedaliera ad alta specializzazione C.T.O. - C.R.F. - Maria Adelaide di Torino

UTENTI INTERNI	DIMENSIONI	PERCENTUALE
C.S.	Affidabilità	62.50%
	I. Capacità di risposta	31.25%
	II. Aspetti tangibili	31.25%
MEDICI	I. Affidabilità	78.90%
	II. Capacità di risposta	47.40%
	III. Empatia	42.10%

La differenza che talvolta si riscontra nell'ordinamento delle dimensioni della qualità del servizio sembra imputabile più a fattori soggettivi che oggettivi, ovvero legati al ruolo o alla funzione svolta. Infatti non si riscontra concordanza tra categorie di utenti interni uguali: per i C.S. del Civico - Oncologico l'empatia sembra essere più rilevante degli aspetti tangibili, al contrario dei loro colleghi del C.T.O.; una situazione opposta si osserva per i medici delle due aziende ospedaliere.

In ogni caso, è utile aver presente quali siano gli aspetti della qualità del servizio ritenuti più importanti al fine di poter meglio valutare i punteggi rilevati su ciascuno di essi e individuare su quale sia prioritario agire, per migliorare il livello di qualità percepito e di conseguenza il livello di soddisfazione.

4.3.a L'APPLICAZIONE DEL SISTEMA SERVQUAL

La somministrazione dei questionari ha consentito di utilizzare il sistema SERVQUAL in modo da ottenere una misurazione della qualità percepita del servizio erogati dai laboratori di analisi delle due aziende ospedaliere considerate.

I punteggi medi Servqual ponderati e non-ponderati (PMSp e PMS rispettivamente), ottenuti secondo lo schema precedentemente descritto, mostrano un livello di qualità percepita sempre negativo sebbene nell'intervallo da -6 a +6 in cui tali punteggi possono variare sono pochissimi i valori al di sotto di -2.

Le misure ottenute indicano che il livello globale di percezione della qualità del servizio è più alto presso il Civico - Oncologico di Palermo che presso il C.T.O. di Torino e, allo stesso modo, si osserva una migliore percezione della qualità da parte delle due categorie di utenti interni (Medici e C.S.) dell'ospedale di Palermo rispetto alle due corrispondenti categorie dell'ospedale di Torino (v. Tab.5).

Tab. 5 Livello medio della qualità percepita del servizio presso le due aziende ospedaliere e le rispettive categorie di utenti interni

	Civico -Oncologico- M. Ascoli			C.T.O.- C.R.F.- M. Adelaide		
	Globale	C.S.	Medici	Globale	C.S.	Medici
PMS	-0.807	-1.387	-0.517	-1.655	-1.786	-1.545

Un altro aspetto interessante è che in entrambe le aziende ospedaliere sono i C.S. ad avere la più bassa percezione della qualità del servizio. Questo può essere dovuto al fatto che sono loro (o chi per loro) ad avere contatti più frequenti con il personale del laboratorio di analisi, a dover fronteggiare problemi di svariata natura (ad esempio i ritardi nell'esecuzione delle analisi, le modalità di richiesta di un esame o di invio dell'esito al reparto,...); i medici invece hanno più raramente occasioni di contatto che concernono quasi esclusivamente aspetti di natura prettamente professionale, pertanto entrano in relazione soprattutto con altri medici.

Il più basso livello di qualità percepita che si registra al C.T.O. di Torino può essere imputato alle dimensioni di tale azienda ospedaliera, certamente più grande di quella rilevata a Palermo. Se non si è adeguatamente attrezzati ed organizzati, è possibile che servire un maggior numero di reparti può dar luogo ad una riduzione del livello qualitativo fornito.

Il metodo SERVQUAL consente tuttavia di fornire un'altra spiegazione di tipo analitico basata sul confronto tra livello medio di aspettative e percezioni²⁶. Si osserva infatti che a fronte di un livello medio di percezioni più alto per il Civico - Oncologico che per il C.T.O. (e per le corrispondenti categorie di utenti interni) vi è un livello medio di aspettative sostanzialmente uguale (v. Tab. 6), questo rende i PMS (che sono medie delle differenze tra percezioni e aspettative) dell'azienda ospedaliera torinese più bassi rispetto a quelli dell'azienda ospedaliera di Palermo.

Tab. 6 Livello medio delle aspettative e delle percezioni presso le due aziende ospedaliere e le rispettive categorie di utenti interni

	Civico -Oncologico- M. Ascoli			C.T.O.- C.R.F.- M. Adelaide		
	Globale	C.S.	Medici	Globale	C.S.	Medici
Aspettative	6.234	6.411	6.145	6.269	6.544	6.038
Percezioni	5.426	5.024	5.628	4.614	4.757	4.493

Per lo stesso motivo per quanto i Punteggi Medi Servqual risultino negativi da un punto di vista matematico, non lo sono come valutazione della qualità²⁷: questo è confermato anche dai punteggi ottenuti sulle percezioni. La Tab. 6 mostra infatti che il livello medio di percezioni presso il Civico - Oncologico è sempre ≥ 5 , invece presso il C.T.O. è intorno all'area di indifferenza (cui corrisponde il valore 4) per quanto risulta più vicino al 5 che al 3, pertanto non esprimono un giudizio negativo.

Il calcolo dei Punteggi Medi Servqual ponderati conferma la migliore valutazione della qualità percepita del servizio da parte dei medici e dei C.S. dell'azienda ospedaliera di Palermo, rispetto a quella fornita dai corrispondenti utenti interni dell'azienda ospedaliera di Torino. Si rileva in particolare un aumento del divario tra le due realtà messe a confronto dal momento che la ponderazione determina un incremento del livello di qualità percepita del servizio presso il Maurizio Ascoli ed una riduzione presso il C.T.O. (v. Tab. 7).

²⁶ La misura di tali valori si ottiene seguendo gli stessi criteri di calcolo del Punteggio Medio Servqual indicati precedentemente.

²⁷ Quando $PMS=0$ vuol dire che il livello delle percezioni eguaglia quello delle aspettative.

Tab. 7 Livello medio ponderato della qualità percepita del servizio presso le due aziende ospedaliere e le rispettive categorie di utenti interni

	Civico -Oncologico- M. Ascoli			C.T.O.- C.R.F.- M. Adelaide		
	Globale	C.S.	Medici	Globale	C.S.	Medici
PMSp	-0.798	-1.366	-0.514	-1.789	-1.869	-1.721

È utile presentare anche i Punteggi Servqual ponderati e non - ponderati calcolati per ciascuna delle cinque dimensioni della qualità del servizio [PMSp(h) e PMS(h) rispettivamente], in modo da evidenziare gli aspetti migliori o da migliorare dei servizi erogati dai laboratori di analisi delle due aziende ospedaliere.

Esaminando inizialmente le dimensioni su cui si rileva il livello più alto di qualità percepita si osservano alcune differenze di valutazione sia tra le due realtà ospedaliere sia al loro interno.

Infatti mentre per il Civico - Oncologico è l'affidabilità la dimensione su cui si percepisce il più alto livello qualitativo (di segno comunque negativo), per il C.T.O. è l'empatia considerando sia i valori non ponderati sia quelli ponderati (v. Tab.8).

All'interno dell'azienda ospedaliera di Palermo notiamo che per i C.S. il miglior livello di qualità percepita si registra sulla dimensione dell'empatia, mentre per i medici su quella dell'affidabilità; in entrambi i casi la ponderazione non modifica la valutazione della qualità se non per migliorarla ulteriormente. Si può dare un rilievo positivo al giudizio espresso dai medici sull'affidabilità, dal momento che il valore ponderato è molto prossimo allo zero. Tale risultato non è dovuto soltanto al maggior peso che i medici attribuiscono alla dimensione citata, ma anche ad un valore del livello di percezione molto alto [P(h)=6.175 e Pp(h)=6.215] che quasi eguaglia il livello delle aspettative [A(h)=6.275 e Ap(h)=6.290]. È interessante notare quanto diversa sia la valutazione dei C.S. sulla stessa dimensione: dalla Tab. 8 si rileva che per questa categoria di utenti interni PMS(h)=-1.1 e PMSp(h)=-1.309, in corrispondenza di questi valori vi sono dei livelli medi di percezioni che, per quanto positivi come giudizi [P(h)=5.3 e Pp(h)=5.218], sono al di sotto del livello medio delle aspettative [A(h)=6.4 e Ap(h)=6.527].

Tab. 8 Livello medio della qualità percepita per dimensione non-ponderato e ponderato per le due aziende ospedaliere e per le rispettive categorie di utenti interni

Dimensioni	Misure	Civico Oncologico	C.S.	Medici	C.T.O.	C.S.	Medici
Aspetti Tangibili	PMS(h)	-0.729	-1.813	-0.188	-1.657	-1.641	-1.671
	PMSp(h)	-1.257	-1.650	-0.963	-1.954	-1.877	-2.063
Affidabilità	PMS(h)	-0.433*	-1.100	-0.100*	-1.954**	-1.763	-2.116**
	PMSp(h)	-0.380*	-1.309	-0.075*	-2.062**	-1.938	-2.145**
Capacità di Risposta	PMS(h)	-0.583	-0.938	-0.406	-1.393	-1.547	-1.263
	PMSp(h)	-0.621	-1.000	-0.369	-1.403	-1.574*	-1.269
Capacità di Rassicurazione	PMS(h)	-1.767**	-2.3**	-1.500**	-1.926	-2.438**	-1.495
	PMSp(h)	-1.843**	-2.133**	-1.645**	-1.835	-2.188**	-1.475
Empatia	PMS(h)	-0.524	-0.786*	-0.393	-1.347*	-1.545*	-1.180*
	PMSp(h)	-0.539	-0.694*	-0.467	-1.310*	-1.674	-1.032*

* I valori contrassegnati da un asterisco indicano i livelli più alti di qualità percepita.

** I valori contrassegnati da due asterischi indicano i livelli più bassi di qualità percepita.

Nell'ambito dell'azienda ospedaliera C.T.O. - C.R.F. - Maria Adelaide di Torino osserviamo ancora una discordanza tra medici e C.S. nella valutazione della dimensione della qualità del servizio ritenuta migliore. Infatti se per i primi tale dimensione è l'empatia (ponderando e non-ponderando), per i secondi è l'empatia non-ponderando e la capacità di risposta ponderando (v. Tab. 8).

In quest'ultimo caso la ponderazione modifica la valutazione della qualità percepita del servizio spostandola da una dimensione ad un'altra, concordemente a quanto osservato in precedenza. Infatti i C.S. del C.T.O. attribuiscono alla capacità di risposta (seconda per ordine di importanza) un peso maggiore che all'empatia. Anche la misura del livello medio delle percezioni valutata su queste due dimensioni conferma tale risultato, dal momento che $P(h)=5.080$ e $Pp(h)=4.970$ per l'empatia e $P(h)=5.063$ e $Pp(h)=5.065$ per la capacità di risposta; quindi nel primo caso la ponderazione fa variare (riducendola) la valutazione della percezione più di quanto faccia nel secondo (aumentandola lievemente). Una misura di tale differenza può fornirla la variazione relativa che è circa del -2% nel primo caso e dello +0.04% nel secondo.

Si può osservare pertanto che il diverso giudizio qualitativo fornito da medici e C.S. è da imputare soprattutto al differente ordine di importanza attribuito alle cinque dimensioni della qualità del servizio dalle due categorie di utenti interni.

Per quel che concerne la peggiore valutazione della qualità percepita del servizio, considerata ancora per dimensione, si osserva nuovamente una divergenza tra le due aziende ospedaliere esaminate.

Per il Civico - Oncologico la dimensione su cui si percepisce un basso livello di qualità è la capacità di rassicurazione, per il C.T.O. è l'affidabilità (v. Tab. 8).

In questo caso si osserva che all'interno dell'azienda ospedaliera di Palermo vi è uniformità di giudizi, ovvero tanto i medici quanto i C.S. concordano nella valutazione negativa della qualità della capacità di risposta (il giudizio è più negativo per i C.S. che per i medici), ciò si rileva sia dai punteggi ponderati sia da quelli non - ponderati (v. Tab.8). Anche i livelli medi più bassi delle percezioni (ponderati e non) si registrano su tale dimensione (i valori sono comunque sempre ≥ 4) e ad essi corrispondono livelli medi delle aspettative piuttosto elevati (sono sempre ≥ 6).

Bisogna osservare tuttavia che, se certamente sarà condizione necessaria agire su questa dimensione per migliorare la qualità percepita del servizio, non è detto che sarà a tal fine sufficiente poiché essa non compare tra le prime tre dimensioni classificate per ordine di importanza. La priorità secondo cui intervenire potrà essere stabilita solo dopo aver esaminato anche i livelli medi di soddisfazione valutati per dimensione; occorre ricordare infatti che il miglioramento della qualità e/o della soddisfazione va condotto sulla base di un'attenta valutazione tra costi e benefici, ovvero agendo laddove si ottengono i migliori risultati al costo minore.

All'interno del C.T.O. non si riscontra concordanza tra medici e C.S.: i primi danno una valutazione piuttosto negativa dell'affidabilità, i secondi invece esprimono un giudizio altrettanto negativo sulla capacità di rassicurazione, le valutazioni rimangono sostanzialmente immutate con o senza la ponderazione (v. Tab.8).

Il giudizio negativo dei medici sull'affidabilità dovrebbe destare particolare attenzione nei responsabili del laboratorio di analisi del C.T.O., dal momento che tale dimensione è ritenuta la più importante tra le cinque della qualità del servizio. In tal caso l'intervento volto al miglioramento qualitativo di tale aspetto sembra davvero prioritario, se si vuole far variare positivamente sia il livello di qualità percepita degli utenti interni del laboratorio di analisi e, di conseguenza, se si vuole migliorare il servizio erogato ai clienti esterni (i pazienti).

4.3.b LA MISURAZIONE DIRETTA DEL LIVELLO DI SODDISFAZIONE

Come abbiamo precisato in precedenza, l'applicazione del sistema SERVQUAL aveva un duplice scopo:

- a) misurare il livello di qualità percepita del servizio e di soddisfazione e/o insoddisfazione degli utenti interni dei laboratori di analisi delle due aziende ospedaliere osservate;
- b) verificare l'ipotesi che la misura della qualità percepita possa essere utilizzata come indicatore del livello medio di soddisfazione anche in questo contesto di servizio, ovvero poter predire dalle variazioni della qualità percepita se e come varia il livello di soddisfazione degli utenti interni.

Per conseguire l'ultimo scopo indicato sono stati calcolati i livelli medi di soddisfazione, globali e per dimensione, utilizzando i punteggi riportati su una scala da 1 (molto insoddisfatto) a 7 (molto soddisfatto) sui cinque items aggiunti in calce al questionario.

Le cinque proposizioni servivano a quantificare, per ciascun cliente interno, il grado di soddisfazione e/o insoddisfazione su ciascuna delle cinque dimensioni della qualità del servizio. I livelli medi di soddisfazione per utente, per dimensione e globali sono stati ottenuti seguendo gli stessi criteri di calcolo dei Punteggi Medi Servqual.

I valori così calcolati mostrano che nell'azienda ospedaliera di Palermo la percentuale dei soddisfatti è molto alta, mentre in quella di Torino la percentuale di coloro che si dichiarano soddisfatti per i servizi loro erogati superano di poco la metà (v. Tab. 9).

Tab. 9 Percentuale degli utenti interni soddisfatti e/o insoddisfatti

IMCS	Civico -Oncologico- M. Ascoli			C.T.O.- C.R.F.- M. Adelaide		
	Globale	C.S.	Medici	Globale	C.S.	Medici
≥ 5 (soddisfatto)	83% (10)	75% (3)	87.5% (7)	57% (20)	62.5% (10)	53% (10)
< 5 (insoddisfatto)	17% (2)	25% (1)	12.5% (1)	43% (15)	37.5% (6)	47% (9)
TOTALE	100 (12)	100 (4)	100 (8)	100 (35)	100 (16)	100 (19)

In particolare si osserva che il livello medio di soddisfazione (IMCS) degli utenti interni del laboratorio di analisi del Civico - Oncologico è più alto rispetto a quello degli utenti interni del laboratorio di analisi del C.T.O. e che in entrambi i casi i medici sono più soddisfatti rispetto ai C.S. (v. Tab. 10).

Tab. 10 Livello medio di soddisfazione non - ponderato e ponderato presso le due aziende ospedaliere e le rispettive categorie di utenti interni

	Civico -Oncologico- M. Ascoli			C.T.O.- C.R.F.- M. Adelaide		
	Globale	C.S.	Medici	Globale	C.S.	Medici
IMCS	5.917	5.700	6.025	4.897	4.788	4.989
IMCSp	5.883	5.663	5.994	4.876	4.738	4.993

Dai valori riportati in Tab.10 si rileva che la ponderazione (IMCSp) non modifica sostanzialmente le valutazioni precedenti: riduce di poco il valore del livello di soddisfazione per effetto del diverso peso attribuito alle dimensioni della qualità del servizio. Tuttavia le misure globali danno solo un'indicazione generale del grado di soddisfazione degli utenti interni del laboratorio di analisi delle due aziende ospedaliere, senza indicare quali potrebbero essere i punti di forza e/o di debolezza del servizio erogato; a tale scopo risultano più idonee le misure calcolate per dimensione [IMCS(h) e IMCSp(h)].

Esaminando i livelli medi di soddisfazione per dimensione è possibile rilevare alcune differenze tra le due realtà ospedaliere considerate. Presso il Civico - Oncologico il valore più alto si registra, globalmente e per i medici, sulla dimensione dell'empatia con o senza ponderazione; mentre per i C.S. lo si osserva sulla capacità di risposta ponderando e non - ponderando e, in quest'ultimo caso, anche sull'affidabilità (v. Tab. 11).

Tab. 11 Livello medio della soddisfazione per dimensione non-ponderato e ponderato per le due aziende ospedaliere e per le rispettive categorie di utenti interni

Dimensioni	Misure	Civico Oncologico	C.S.	Medici	C.T.O.	C.S.	Medici
Aspetti Tangibili	IMCS(h)	5.417**	5.000**	5.625**	4.154**	4.250**	4.737**
	IMCSp(h)	5.568**	5.067**	5.300**	4.070**	3.866**	4.354**
Affidabilità	IMCS(h)	6.000	6.000*	6.000	5.143*	5.125*	5.158*
	IMCSp(h)	6.000	5.727	6.090	5.158*	5.096*	5.199*
Capacità di Risposta	IMCS(h)	6.000	6.000*	6.000	5.086	5.000	5.158*
	IMCSp(h)	5.857	6.000*	5.762	4.992	5.037	4.956
Capacità di Rassicurazione	IMCS(h)	6.000	5.750	6.125	4.800	4.688	4.895
	IMCSp(h)	5.838	5.733	5.909	4.903	4.808	5.000
Empatia	IMCS(h)	6.167*	5.750	6.375*	4.943	4.875	5.000
	IMCSp(h)	6.250*	5.786	6.467*	4.903	4.767	5.007

* I valori contrassegnati da un asterisco indicano i livelli più alti di soddisfazione.

** I valori contrassegnati da due asterischi indicano i livelli più bassi di soddisfazione.

Nell'ambito del C.T.O., invece, il livello di soddisfazione più elevato si rileva sulla dimensione dell'affidabilità (con o senza ponderazione) globalmente, per i C.S. e per i medici, per i quali lo stesso valore non ponderato si osserva anche sulla capacità di risposta (v. Tab.11).

Tale risultato desta un certo interesse dal momento che proprio sulla dimensione dell'affidabilità i medici avevano riportato il più basso livello di qualità percepita; una spiegazione può essere fornita dall'elevato livello di aspettative che questa categoria di utenti interni ha su tale dimensione [$A(h)=6.295$ e $Ap(h)=6.412$] e dall'alto grado di importanza che le attribuiscono, per cui pur essendo *soddisfatti* desidererebbero percepire un livello qualitativo più elevato rispetto a quello attuale.

Passando a considerare il più basso livello medio di soddisfazione si nota un'assoluta concordanza tanto tra le due aziende ospedaliere poste a confronto quanto tra le due categorie di utenti interni. Infatti in tutti i casi tale valore si osserva sulla dimensione degli aspetti tangibili, con o senza ponderazione (v. Tab. 11).

I valori riportati in Tab.11 indicano ancora una volta che i più bassi livelli medi di soddisfazione degli utenti interni del Civico - Oncologico sono comunque ≥ 5 (denotano quindi soddisfazione), mentre quelli degli utenti interni del C.T.O. risultano in genere ≥ 4 e, in particolare, scendono al di sotto di questo valore per i C.S. (indicando

insoddisfazione), mentre si mantengono su tale livello per i medici mostrando, in alcuni casi, una tendenza verso la soddisfazione più che verso l'insoddisfazione.

È interessante notare che nei casi esaminati non si riscontra rispondenza tra i livelli di qualità percepita e le misure della soddisfazione o insoddisfazione.

Nell'ambito dell'azienda ospedaliera di Palermo si rileva che la dimensione su cui si percepisce il più basso livello qualitativo (la capacità di assicurazione per medici e C.S.) non coincide con quella su cui si registra il più basso grado di soddisfazione (gli aspetti tangibili). Allo stesso modo si osserva che la dimensione su cui si percepisce il più alto livello qualitativo (affidabilità per i medici ed empatia per i C.S.) non è quella cui corrisponde il maggior livello di soddisfazione. Per quest'ultimo caso bisogna precisare che il livello di soddisfazione su queste dimensioni è elevato (v. Tab.11) e denota un giudizio del tipo "più che soddisfatto", pur tuttavia non è il più alto.

Ancora più sorprendenti sono i risultati del C.T.O. all'interno del quale l'affidabilità è la dimensione su cui i medici esprimono il più basso livello di qualità percepita, ma è anche quella su cui si dichiarano più soddisfatti. Analogamente si osserva che per la dimensione su cui si percepisce il più alto livello qualitativo (l'empatia) non è quella su cui si rileva il maggior grado di soddisfazione (l'affidabilità, appunto).

Questa osservazione induce a domandarsi se e quanto i costrutti della qualità percepita e della soddisfazione sono in relazione tra loro. Dai dati sino ad ora ottenuti sembra che per quanto le due variabili siano tra loro connesse, non sempre dall'una si può inferire sull'altra.

A tale proposito si è ritenuto utile misurare l'intensità della relazione che lega le due variabili indicate mediante l'indice di correlazione non lineare (η) e il coefficiente di correlazione lineare (ρ)²⁸.

Per calcolare queste due misure di correlazione il livello medio di soddisfazione per utente interno [S(i)] è stato considerato in coppia con il Punteggio Medio Servqual non ponderato e ponderato per utente [PMS(i) e PMSp(i) rispettivamente] e con il Punteggio Medio Servperf non ponderato e ponderato per utente [P(i) e Pp(i) rispettivamente]²⁹; si è ritenuto infatti interessante verificare anche quale dei due sistemi risulta più idoneo e/o più efficiente sia nella valutazione della qualità percepita del servizio sia nella misura indiretta del livello di soddisfazione degli utenti interni.

²⁸ In merito a tali misure si veda L. Perrone, *Metodi quantitativi della ricerca sociale*, FELTRINELLI, 1991.

²⁹ Il sistema SERVPERF e le ipotesi che ne stanno alla base sono stati descritti in precedenza

I valori ottenuti confermano generalmente quanto osservato in precedenza: in tutti i casi esaminati il coefficiente η risulta almeno una volta pari a 1, denotando pertanto l'esistenza di una relazione tra le coppie di variabili considerate. In particolare si osserva che $\eta=1$ ogniqualvolta si assume come variabile dipendente $S(i)$ e come variabile indipendente il livello medio di qualità percepita per utente misurato sia con il sistema SERVQUAL sia con il sistema SERVPERF (v. Tab. 12), pertanto non sembrerebbe errato assumere la misura della qualità percepita del servizio come indicatore del livello medio di soddisfazione.

Tab. 12 Misure di correlazione lineare e non lineare per le due aziende ospedaliere e per le rispettive categorie di utenti interni

Unità	Misure	PMS(i)	S(i)	PMSp(i)	S(i)	P(i)	S(i)	Pp(i)	S(i)
Civico Oncologico	ρ	0.831		0.838		0.753		0.755	
	η	1**	0.938*	1**	0.951*	1**	0.985*	1**	0.960*
C.S.	ρ	0.982		0.991		0.771		0.792	
	η	1**	1*	1**	1*	1**	1*	1**	1*
Medici	ρ	0.681		0.679		0.749		0.738	
	η	1**	0.795*	1**	0.861*	1**	0.952*	1**	0.911*
C.T.O.	ρ	0.316		0.338		0.416		0.425	
	η	1**	0.757*	1**	0.781*	1**	0.798*	1**	0.809*
C.S.	ρ	0.127		0.125		0.231		0.215	
	η	1**	0.814*	1**	0.799*	1**	0.924*	1**	0.915*
Medici	ρ	0.478		0.525		0.643		0.666	
	η	1**	0.781*	1**	0.842*	1**	0.795*	1**	0.831*

* I valori contrassegnati con un asterisco indicano che $S(i)$ è la variabile indipendente.

** I valori contrassegnati con due asterischi indicano che $S(i)$ è la variabile dipendente.

Bisogna osservare che eta misura solo l'intensità della relazione tra due variabili, ma non rivela nient'altro sulla natura di tale legame. A tale proposito risulta utile analizzare i coefficienti di correlazione lineare ottenuti.

Dai dati riportati in Tab.12 si nota che ρ è sempre positivo, pertanto le coppie di variabili di volta in volta considerate sono legate da una relazione lineare di tipo diretta.

Inoltre si rileva che nell'ambito del Civico - Oncologico il coefficiente di correlazione lineare assume valori molto elevati indicanti l'esistenza di una relazione lineare. In particolare per i C.S. di tale azienda ospedaliera questo tipo di legame è quasi

perfetto quando si considera il Punteggio Medio Servqual non ponderato e ponderato ($\rho = 0.982$ e $\rho = 0.991$ rispettivamente); mentre per i medici il legame più forte si osserva quando la qualità percepita si misura mediante i Punteggi Medi Servperf ponderati e non ponderati.

Esaminando i valori di ρ ottenuti per il C.T.O. si nota che, pur essendo sempre positivi, sono comunque inferiori a quelli ottenuti per l'azienda ospedaliera di Palermo. Questo implica che, sebbene la relazione tra le coppie di variabili indicate esista, essa non è così nettamente lineare come si era osservato per il Civico - Oncologico. L'esistenza di una relazione di tal tipo può riferirsi solo ai medici del C.T.O. e, in particolare, quando la qualità percepita del servizio viene misurata mediante i Punteggi Medi Servperf ponderati e non ponderati ($\rho = 0.666$ e $\rho = 0.642$ rispettivamente).

I risultati ottenuti pertanto non consentono di poter stabilire quale tra i due metodi di misurazione della qualità percepita (SERVQUAL e SERVPERF) sia più efficace e più efficiente; questo, unitamente al fatto che ρ non fornisce alcuna indicazione sulla natura della causalità (ovvero quale variabile va assunta come indipendente e quale come dipendente) richiederebbe l'impiego di altri metodi di analisi statistica (ad esempio l'analisi della regressione) che però necessitano per la loro applicazione un numero di casi superiore a quello di cui si dispone.

4.4 CONCLUSIONI

I risultati ottenuti mostrano che in molti dei casi osservati esiste una relazione tra qualità percepita del servizio e soddisfazione dell'utente interno, di tipo lineare e positiva; inoltre sembra che generalmente sia proprio la qualità percepita del servizio, comunque venga misurata (con il sistema SERVQUAL o SERVPERF, ponderata o non ponderata), ad influenzare il livello di soddisfazione e non viceversa.

Non sembra errato pertanto assumere il livello della qualità percepita del servizio come indicatore del livello di soddisfazione di un utente (interno) nei confronti del servizio erogato, tuttavia i casi in cui abbiamo osservato delle discordanze tra le misure dei due costrutti o la debolezza della relazione lineare (ma non dell'intensità del legame), ci inducono a pensare che altri fattori o relazioni di natura non lineare potrebbero influenzare il livello di soddisfazione, da ricercare eventualmente mediante ulteriori indagini di tipo esplorativo condotte sugli utenti interni. I risultati indicano anche che nel contesto considerato è utile unire alla misura della qualità percepita del servizio anche quella della soddisfazione.

Sarebbe interessante conoscere ed approfondire le cause delle differenze riscontrate tra le due categorie di utenti interni, nell'ambito di entrambe le aziende ospedaliere, tanto sul livello di qualità percepita quanto su quello di soddisfazione valutati per ciascuna dimensione della qualità del servizio.

Per quel che concerne la valutazione complessiva del livello qualitativo dei servizi erogati dai laboratori di analisi delle due aziende ospedaliere esaminate si è già osservato che, pur risultando sempre negativa numericamente, essa non esprime un giudizio altrettanto negativo: è vero che il livello medio delle percezioni non supera mai quello delle aspettative, ma in molti casi lo approssima.

Anche il livello medio di soddisfazione conferma tale osservazione, dal momento che assume valori compresi tra 4 e 5, ovvero non si riscontrano mai casi di netta insoddisfazione.

È interessante notare che sebbene non sempre la ponderazione modifica i risultati ottenuti, spostandoli da una dimensione ad un'altra, essa ha comunque una certa rilevanza perché, unitamente alle misure delle percezioni e delle aspettative, aiuta ad individuare quali sono gli aspetti del servizio ritenuti importanti dalle due categorie di utenti interni³⁰ e quindi, a parità di livello di qualità percepita e/o di soddisfazione / insoddisfazione, su quali diventa prioritario intervenire.

Pertanto, alla luce delle misure e delle valutazioni date in precedenza, sarà compito dei responsabili dei due laboratori di analisi vagliare tali risultati e, in collaborazione con gli utenti interni, agire di conseguenza. A tale scopo potrebbe risultare utile anche l'utilizzo di modelli di simulazione volti a confrontare le variazioni che intervengono sul livello di soddisfazione e/o insoddisfazione degli utenti a seguito di cambiamenti effettuati, alternativamente, su alcuni aspetti dei servizi loro erogati, in modo da poter decidere quale realizzare realmente.

I risultati di tale indagine aprono allora nuove possibilità di ricerca su più fronti infatti, affinché la misurazione della qualità del servizio e della customer satisfaction dia luogo ad un flusso di informazioni veramente utile ed efficace, sarebbe opportuno ripetere nel tempo questo tipo di analisi sulle stesse aziende ospedaliere. Sarebbe così possibile controllare l'andamento del livello di qualità percepita e di soddisfazione o le sue variazioni conseguenti ad eventuali cambiamenti nell'offerta dei servizi effettuati dai laboratori di analisi. Inoltre si potrebbe estendere su altre realtà ospedaliere in modo da consolidare o meno i risultati ottenuti e valutare fino a che punto si possano estendere a contesti più vasti rispetto a quelli analizzati; ancora si potrebbero avviare

³⁰ Una dimensione può essere percepita con un livello qualitativo molto alto ma non essere ritenuta molto importante e viceversa.

indagini di tipo esplorativo, volte ad individuare ulteriori fattori che potrebbero entrare nel modello di valutazione ed analisi della customer satisfaction, oppure provare ad ipotizzare e verificare alcune forme di relazioni di tipo non-lineare.

Di particolare rilievo è, infine, il risvolto economico che indagini di tal genere possono indurre; nello specifico contesto considerato per esempio sarebbe interessante valutare per le due aziende ospedaliere l'impatto che un miglioramento del livello di soddisfazione degli utenti interni (e, quindi, in ultima analisi esterni), osservato in seguito a cambiamenti qualitativi dell'offerta dei servizi erogati dai rispettivi laboratori di analisi, avrebbe sui costi. Un metodo per eseguire tale valutazione potrebbe essere l'analisi di regressione lineare multipla utilizzando come variabili indipendenti le misure della qualità percepita per dimensione, al fine di verificare quale tra queste contribuisce maggiormente alla (ipotizzata) riduzione dei costi.

BIBLIOGRAFIA

- Albrecht K., *Al servizio del cliente interno & esterno*, GAMMA-ISEDI, 1992.
- Albrecht K., *Il servizio interno (Come aumentare la cooperazione e la produttività tra i vari uffici e reparti)*, FRANCO ANGELI EDITORE.
- Auteri E., *La correlazione strategica tra marketing interno ed esterno*, in L'IMPRESA, n. 3, 1992, pp. 48-51.
- Balzani S., S. Luzi, *La focalizzazione sul cliente: l'essenza della qualità totale*, in L'IMPRESA, n. 2, 1993, pp. 13-19.
- Bitner M.J., *Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses*, in JOURNAL OF MARKETING, vol. 54, n. 2, April 1990, pp. 69-82.
- Bitner M.J., B.H. Booms, M.S. Tetreault, *The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents*, in JOURNAL OF MARKETING, vol. 54, Gennaio 1990.
- Bombardi E., *Strategie e strumenti per mobilitare le risorse umane verso la fidelizzazione della clientela*, in PERSONALE & LAVORO, n. 384, Gennaio 1995, pp. 27-29.
- Brown S., T.A. Swartz, *A gap analysis of professional service quality*, in JOURNAL OF MARKETING, vol. 53, n. 2, April 1989, pp. 92-98.
- Bolton R.N., J.H. Drew, *A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes*, in JOURNAL OF MARKETING, vol. 55, n. 1, January 1991, pp. 1-9.
- Buzzell R.D., B.T. Gale, *I principi PIMS*, Sperling & Kupfler, Milano 1988.
- Busacca B., C. Casati, M. Costabile, *Le imprese italiane e la customer satisfaction*, in ECONOMIA & MANAGEMENT, n. 5/1993, pp. 50-69.
- Capranico S., *La qualità dei servizi interni*, in SVILUPPO & ORGANIZZAZIONE, n. 126, Luglio-Agosto 1991, pp. 17-26.
- Cazzola G., *Ripartiamo dalle mutue*, in MONDO ECONOMICO, 15 Maggio 1995, p. 30.
- Cederle A., *L'implementazione della qualità totale*, in SVILUPPO & ORGANIZZAZIONE, n. 144, Luglio-Agosto 1994, pp.27-36.

- Cherubini S., *Il customer satisfaction management*, in SVILUPPO & ORGANIZZAZIONE, n. 149, Maggio-Giugno 1995, pp. 43-59.
- Collard R., *La Qualità Totale*, FRANCO ANGELI EDITORE.
- De Rosa C., M. Croci, *Sviluppare le skill a valore aggiunto*, in L'IMPRESA, n. 2, 1993, pp. 42-45.
- Dimitri M., R. Zago, *Dal personale al cliente interno nella logica di scambio*, in PERSONALE & LAVORO, n. 362, Marzo 1993, pp.11-18.
- Faivre J.P., *Méthodologie des enquêtes de satisfaction clientèle*, in REVUE FRANÇAISE DU MARKETING, n. 144-145, 1993/4-5, pp. 67-89.
- Floriani L., B. Pfau, *Clienti interni: il piacere di servirli*, in TEMPO ECONOMICO, n. 323-324, Luglio-Agosto 1992, pp. 60-63.
- Galgano A., *La qualità totale*, Il Sole 24 Ore Libri, III ristampa Giugno 1991.
- Goeta G.F., *Lo scandalo attorno alla qualità totale*, in L'IMPRESA, n. 2, 1993, pp. 3-5.
- Hart C.W.L., *Il potere accattivante delle garanzie interne*, in HARVARD BUSINESS REVIEW, Luglio-Agosto 1995, pp. 60-67.
- Negro G., *Il ruolo delle risorse umane nei programmi di qualità totale nelle aziende di servizi pubblici e nella pubblica amministrazione*, in PERSONALE & LAVORO, n. 380, Sett. 1994, pp. 12-16.
- Oliver R.L., J.E. Swan, *Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions: a field survey approach*, in JOURNAL OF MARKETING, vol. 53, April 1989, pp. 21-35.
- Pala G., *La qualità (Perché, per chi e come farla)*, FRANCO ANGELI EDITORE, 1994.
- Périgord M., *Reussir la qualité totale, Management 2000*, Les éditions d'organisation, Paris, 1987, p.72.
- Prandi F., P. Ballotari, M. Ravelli, *Qualità ed approccio organizzativo globale: miglioramenti sui percorsi e partecipazione*, in QUALITÀ, Sett. 1994, pp. 8-14.
- Quartapelle A.Q., *Customer satisfaction (Conquistare la fedeltà del cliente con il marketing dei servizi)*, McGRAW-HILL, Giugno 1994.
- Riccelli I., N. Gatta, *Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica*, ROSINI EDITRICE FIRENZE, 1990.
- Ricci A., *Qualità totale per l'azienda*, ETAS LIBRI, I ed. Aprile 1990.

- Ruta C., *Sanità e management (Razionalizzazione strutturale e produttiva, controllo dei costi e del finanziamento, umanizzazione e qualità totale)*, ETAS LIBRI, 1993.
- Scarpinato M., *La valutazione della customer satisfaction come strumento di analisi strategica*, in SVILUPPO & ORGANIZZAZIONE, n. 141, Gennaio-Febbraio 1994, pp. 2-6.
- Stapleton S.H., *Satisfied employees generate greater customer satisfaction*, in CREATING A CUSTOMER-FOCUSED ORGANIZATION (The Conference Board), Report n. 1030, 1993, pp. 21-22.
- Thomson K.M., *Marketing aziendale interno (Il nuovo ruolo delle risorse umane: da dipendenti a protagonisti)*, ETAS LIBRI, 1992.
- Trabucchi R., *Marketing interno e qualità per la gestione del personale*, in L'IMPRESA, n. 3, 1992, pp. 52-58.
- Turno R., *E la Riforma? Non è in corsia*, in MONDO ECONOMICO, 30 Gennaio 1995, pp. 23-25.
- Vuori H.V., *Verifica e revisione della qualità nei servizi sanitari (Concetti e metodologia)*, EDIMEDICA DUE, 1982.
- Zeithaml V.A., A. Parasuraman, L.L. Berry, *Servire qualità*, McGRAW-HILL (Libri Italia s.r.l.), I ed. Gennaio 1991.
- Ospedalità privata allo specchio* in CENSIS - NOTE E COMMENTI, anno XXVI, n. 1/2, Gennaio.-Febbraio 1990, pp. 20-46.
- Prima conferenza sulla misurazione - Atti di Conferenza - Gruppo di lavoro sulla misurazione dell'azione amministrativa: Problemi e prospettive della misurazione dei costi nella sanità pubblica (Stazione di lavoro CNEL-RGS)*, CNEL, ROMA/3-4 LUGLIO 1995.
- Prima conferenza sulla misurazione - Atti di Conferenza - Gruppo di lavoro sulla misurazione dell'azione amministrativa: Valutazione di risultato attraverso il giudizio degli utenti (Stazione di lavoro CENSIS)*, CNEL, ROMA/3-4 LUGLIO 1995.

INDICE DEGLI ARGOMENTI

1. Introduzione al concetto di qualità	
1.1 La centralità dell'uomo nella qualità totale.....	pg. 3
1.2 La qualità dei servizi.....	pg. 4
2. La Customer Satisfaction	
2.1 La soddisfazione del cliente esterno e interno.....	pg. 6
2.2 Modelli e misure per valutare la customer satisfaction...	pg. 8
3. La qualità nei processi di produzione della sanità	
3.1 I "servizi" nella sanità.....	pg. 16
3.2 La qualità nell'azienda ospedaliera.....	pg. 17
4. Analisi della customer satisfaction presso due aziende ospedaliere	
4.1 L'obiettivo della ricerca.....	pg. 20
4.2 L'indagine.....	pg. 21
4.3 I risultati.....	pg. 22
4.3.a L'applicazione del sistema SERVQUAL.....	pg. 25
4.3.b La misurazione diretta del livello di soddisfazione..	pg. 30
4.4 Conclusioni.....	pg. 35
Bibliografia.....	pg. 38

WORKING PAPER SERIES (1996-1993)

1996

- 1/96 *Aspetti e misure della produttività. Un'analisi statistica su tre aziende elettriche europee*, by Donatella Cangialosi, February
- 2/96 *L'analisi e la valutazione della soddisfazione degli utenti interni: un'applicazione nell'ambito dei servizi sanitari*, by Maria Teresa Morana, February
- 3/96 *La funzione di costo nel servizio idrico. Un contributo al dibattito sul metodo normalizzato per la determinazione della tariffa del servizio idrico integrato*, by Giovanni Fraquelli and Paola Fabbri, February
- 4/96 *Coerenza d'impresa e diversificazione settoriale: un'applicazione alle società leaders nell'industria manifatturiera europea*, by Marco Orecchia, February
- 5/96 *Privatizzazioni: meccanismi di collocamento e assetti proprietari. Il caso STET*, by Paola Fabbri, February
- 6/96 *I nuovi scenari competitivi nell'industria delle telecomunicazioni: le principali esperienze internazionali*, by Paola Fabbri, February
- 7/96 *Accordi, joint-venture e investimenti diretti dell'industria italiana nella CSI: Un'analisi qualitativa*, by Chiara Monti and Giampaolo Vitali, February
- 8/96 *Verso la riconversione di settori utilizzatori di amianto. Risultati di un'indagine sul campo*, by Marisa Gerbi Sethi, Salvatore Marino and Maria Zittino, February
- 9/96 *Innovazione tecnologica e competitività internazionale: quale futuro per i distretti e le economie locali*, by Secondo Rolfo, March
- 10/96 *Dati disaggregati e analisi della struttura industriale: la matrice europea delle quote di mercato*, by Laura Rondi, March
- 11/96 *Le decisioni di entrata e di uscita: evidenze empiriche sui maggiori gruppi italiani*, by Alessandro Sembenelli and Davide Vannoni, April
- 12/96 *Le direttrici della diversificazione nella grande industria italiana*, by Davide Vannoni, April
- 13/96 *R&S cooperativa e non-cooperativa in un duopolio misto con spillovers*, by Marco Orecchia, May
- 14/96 *Unità di studio sulle strategie di crescita esterna delle imprese italiane*, by Giampaolo Vitali and Maria Zittino, July. **Not available**
- 15/96 *Uno strumento di politica per l'innovazione: la prospezione tecnologica*, by Secondo Rolfo, September
- 16/96 *L'introduzione della Qualità Totale in aziende ospedaliere: aspettative ed opinioni del middle management*, by Gian Franco Corio, September
- 17/96 *Shareholders' voting power and block transaction premia: an empirical analysis of Italian listed companies*, by Giovanna Nicodano and Alessandro Sembenelli, November
- 18/96 *La valutazione dell'impatto delle politiche tecnologiche: un'analisi classificatoria e una rassegna di alcune esperienze europee*, by Domiziano Boschi, November
- 19/96 *L'industria orafa italiana: lo sviluppo del settore punta sulle esportazioni*, by Anna Maria Gaibisso and Elena Ragazzi, November
- 20/96 *La centralità dell'innovazione nell'intervento pubblico nazionale e regionale in Germania*, by Secondo Rolfo, December
- 21/96 *Ricerca, innovazione e mercato: la nuova politica del Regno Unito*, by Secondo Rolfo, December
- 22/96 *Politiche per l'innovazione in Francia*, by Elena Ragazzi, December
- 23/96 *La relazione tra struttura finanziaria e decisioni reali delle imprese: una rassegna critica dell'evidenza empirica*, by Anna Bottasso, December

1995

- 1/95 *Form of ownership and financial constraints: panel data evidence on leverage and investment choices by Italian firms*, by Fabio Schiantarelli and Alessandro Sembenelli, March
- 2/95 *Regulation of the electric supply industry in Italy*, by Giovanni Fraquelli and Elena Ragazzi, March
- 3/95 *Restructuring product development and production networks: Fiat Auto*, by Giuseppe Calabrese, September
- 4/95 *Explaining corporate structure: the MD matrix, product differentiation and size of market*, by Stephen Davies, Laura Rondi and Alessandro Sembenelli, November
- 5/95 *Regulation and total productivity performance in electricity: a comparison between Italy, Germany and France*, by Giovanni Fraquelli and Davide Vannoni, December
- 6/95 *Strategie di crescita esterna nel sistema bancario italiano: un'analisi empirica 1987-1994*, by Stefano Olivero and Giampaolo Vitali, December
- 7/95 *Panel Ceris su dati di impresa: aspetti metodologici e istruzioni per l'uso*, by Diego Margon, Alessandro Sembenelli and Davide Vannoni, December

1994

- 1/94 *Una politica industriale per gli investimenti esteri in Italia: alcune riflessioni*, by Giampaolo Vitali, May
2/94 *Scelte cooperative in attività di ricerca e sviluppo*, by Marco Orecchia, May
3/94 *Perché le matrici intersettoriali per misurare l'integrazione verticale?*, by Davide Vannoni, July
4/94 *Fiat Auto: A simultaneous engineering experience*, by Giuseppe Calabrese, August

1993

- 1/93 *Spanish machine tool industry*, by Giuseppe Calabrese, November
2/93 *The machine tool industry in Japan*, by Giampaolo Vitali, November
3/93 *The UK machine tool industry*, by Alessandro Sembenelli and Paul Simpson, November
4/93 *The Italian machine tool industry*, by Secondo Rolfo, November
5/93 *Firms' financial and real responses to business cycle shocks and monetary tightening: evidence for large and small Italian companies*, by Laura Rondi, Brian Sack, Fabio Schiantarelli and Alessandro Sembenelli, December

Free copies are distributed on request to Universities, Research Institutes, researchers, students, etc.

Please, write to:

MARIA ZITTINO

Working Papers Coordinator

CERIS-CNR

Via Real Collegio, 30; 10024 Moncalieri (Torino), Italy

Tel. +39 011 6824.914; Fax +39 011 6824.966; m.zittino@ceris.cnr.it; <http://www.ceris.cnr.it>