

Migliorare la soddisfazione in Pronto soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana

LINDA MARCACCI, SABINA NUTI, CHIARA SEGHIERI

Tuscan Emergency departments (EDs) are working hard to improve patient satisfaction following the Regional Health Plan goals. To allow the local management to find out which aspects of care should be improved to increase global ED patient satisfaction a research work was carried out based on optimization models applied to data from a ED patient satisfaction survey. Results differ across the Local Health Authorities (LHA), however, one aspect of care was common to all of them: «level of collaboration between physicians and nurses». The study proposes an efficient approach to help care providers focus initiatives linked to predictors that strongly influence global satisfaction and that may require less effort or resources to impact global satisfaction.

Keywords: patient satisfaction, emergency services, performance management tool

Parole chiave: soddisfazione del paziente, servizi di pronto soccorso, valutazione della performance

Note sugli autori

Linda Marcacci e Chiara Seghieri sono ricercatori a contratto presso il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Sabina Nuti è Professore Associato di Economia e Gestione delle Imprese presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Direttore del Laboratorio Management e Sanità

Ringraziamenti

Un caloroso ringraziamento va ai responsabili, a tutto il personale dei Pronto Soccorso Toscani, alla Regione Toscana e a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine

1. Introduzione

La soddisfazione del paziente descrive la percezione dell'utente relativamente ai servizi sanitari ricevuti, (Pascoe, 1983) ed è ormai considerata una misura significativa e importante della qualità dell'assistenza sanitaria (Donabedian, 1988; O'Connor, 2003; Strasser, 1993; Sun, 2001). Di fatto sul più ampio tema della cosiddetta «customer satisfaction» si è accumulata in pochi anni una notevole quantità di lavori scientifici o applicativi. Nel particolare ambito della misurazione della soddisfazione del paziente, a partire dai classici lavori di Donabedian sono state prodotte numerose ricerche, soprattutto in ambito statunitense, per valutare la soddisfazione in riferimento a un ampio spettro di servizi prettamente sanitari, dalle cure ospedaliere e ai trattamenti extraospedalieri, ai servizi di emergenza, ecc.

Se i pazienti sono soddisfatti delle cure ricevute, tenderanno a fidarsi sia del sistema nel suo complesso, sia dei professionisti sanitari. La fiducia, infatti, è un fattore fondamentale che facilita l'adesione dei pazienti ai protocolli di cura e ai trattamenti proposti (Brown, 2001; Gilson, 2003; Goudge, 2005; Hall, 2001; Mechanic, 1996; Mechanic, 1998; Straten, 2002; Van der Schee, 2007). Inoltre, è ormai provato che gli utenti soddisfatti sono anche quelli che recuperano più velocemente migliorando il proprio stato di salute (McKinley, 1997).

La soddisfazione dei pazienti quindi è sempre stata considerata uno dei principali obiettivi di performance dei sistemi sanitari nel loro complesso e dei servizi ospedalie-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Dati e metodi
3. Il questionario
4. Principali risultati descrittivi dell'indagine
5. Il modello di ottimizzazione
6. Risultati
7. Conclusioni

ri in particolare (Thiedke, 2007). Nel corso degli anni è, infatti, diventata elemento indispensabile sempre più inserito in ogni forma di programmazione sia che insegua obiettivi di rinnovamento e razionalizzazione dei servizi, che di *mission* aziendale, o di contenimento della spesa e di razionalizzazione di risorse umane.

Inoltre, se da un lato risulta difficile misurare la percezione del cittadino nei riguardi dell'efficacia tecnica, ossia se il servizio è stato erogato in modo appropriato a causa dell'asimmetria informativa, tramite le indagini è possibile rilevare la percezione di come il servizio è stato erogato e se il paziente è stato considerato protagonista del proprio percorso di cura.

Sulla base di queste evidenze le organizzazioni sanitarie possono quindi avere spunti importanti per riorientare la loro attività in modo che il cittadino sia sempre più protagonista e partecipe del proprio processo di cura.

In questa direzione, con la convinzione che per una «sanità dei cittadini» sia essenziale introdurre strumenti capaci di mettere il punto di vista dell'utente al centro dei processi di management sanitario, fin dal 2004 il Laboratorio Management e Sanità (MeS), costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna in collaborazione con la Regione Toscana ha realizzato molteplici indagini presso i cittadini toscani relativamente ai servizi sanitari. La misurazione e analisi della qualità percepita dei cittadini toscani si colloca, in realtà, come parte integrante, del sistema multidimensionale di valutazione della performance che il MeS, a partire dal 2004, ha progettato e implementato in tutte le aziende sanitarie della Toscana.

Obiettivo generale del sistema di valutazione è quello di monitorare l'andamento della gestione delle aziende sanitarie, non solo per la valutazione della performance conseguita, ma anche per la valorizzazione dei risultati ottenuti al fine di supportare i processi di pianificazione e programmazione sia a livello aziendale che regionale.

Per la rappresentazione dei risultati del sistema di valutazione sono state individuate sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario. Le dimensioni della valutazione sono:

- 1) la valutazione dei livelli di salute della popolazione;
- 2) la valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale;
- 3) la valutazione socio sanitaria;
- 4) la valutazione esterna;
- 5) la valutazione interna;
- 6) la valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico-finanziaria.

Dal 2008, il sistema, che è utilizzato in tutte le realtà aziendali della Regione, è stato implementato anche nelle Società della salute, ossia nelle articolazioni di zona. Inoltre, a partire dal 2007, il sistema è stato reso disponibile su web con una versione più ampia e articolata per il management e, dal 2008, con una modalità più sintetica per i cittadini.

La dimensione della valutazione esterna, completamente centrata sul vissuto dei pazienti, ha come obiettivo quello di rilevare la valutazione dei cittadini riguardo ai servizi sanitari cui hanno accesso: in particolare, le valutazioni non riguardano solo le cure sanitarie prestate, intese in senso stretto, bensì i singoli aspetti, centrali e accessori, dell'intera assistenza ricevuta. Al fine di raccogliere la percezione dei cittadini, già a partire dal 2005, sono realizzate ogni anno in modo sistematico in tutte le aziende del sistema, con gli stessi strumenti e metodologie, indagini quantitative di soddisfazione di un insieme di cittadini che hanno fruito di un servizio sanitario (medicina di base, servizi ambulatoriali e diagnostici, servizi di ricovero, servizi distrettuali, assistenza domiciliare ecc.). La valutazione dei cittadini, raccolta attraverso indicatori condivisi, metodologie e tecniche valide ha fornito un'immagine chiara della qualità percepita dei servizi offerti dal sistema sanitario toscano che, come altri sistemi sanitari regionali, nazionali e internazionali, nell'ultimo decennio ha vissuto grandi cambiamenti, necessari per far fronte ai nuovi bisogni dei cittadini. Chiedere, infatti, direttamente ai cittadini di riportare la propria esperienza personale rispondendo alle domande preposte dal questionario permette di misurare il loro livello di soddisfazione in relazione ai servizi sanitari fruiti, di evidenziare i punti di forza dei singoli servizi e di far emergere le possibili aree di miglioramento. Sulla base di quanto stabilito dal Piano sanitario nazionale 2006-2008, ciò, oltre a

individuare in modo chiaro le aspettative e le priorità dei pazienti e a coinvolgerli nel processo di cura e assistenza ricorrendo all'approccio della decisione condivisa, permette al sistema di «richiedere il loro *feedback*, anche sui servizi, e avviare conseguenti processi di miglioramento». Chiedere agli utenti di valutare la qualità dei servizi sanitari di cui usufruiscono, raccogliendo le singole esperienze e rilevando il livello di soddisfazione relativo all'assistenza ricevuta, rende dunque il cittadino partecipe della gestione e della pianificazione dei servizi. Allo stesso tempo, i *feedback* dei pazienti diventano per il management una risorsa e uno strumento importante per superare l'asimmetria informativa che caratterizza la gestione di questo tipo di servizi, offrendo informazioni sulla qualità percepita, sui bisogni e sulle attese non soddisfatte dei propri assistiti – informazioni utili per avviare processi di miglioramento mirati, efficienti ed efficaci basati sulle reali esigenze dei cittadini stessi.

Infine, le indagini svolte tramite una metodologia comune, tanto nella fase del reclutamento che del campionamento e della rilevazione permettono la confrontabilità dei risultati nel tempo, tra le aziende tra livelli di soddisfazione relativi a servizi simili. Avere, infatti, l'80% di cittadini soddisfatti può essere, ad esempio, un risultato lusinghiero, ma diventa un punto di partenza per attivare processi di miglioramento interno se rappresenta il risultato più basso registrato tra tutte le aziende del sistema regionale.

Tra i servizi sanitari monitorati in questa dimensione, rilevanza particolare nella strategia regionale riveste la performance dei servizi di Emergenza urgenza. Negli ultimi anni, anche in Toscana, come nel resto dei Paesi occidentali, si registra un continuo aumento di accessi al Pronto soccorso (Ps), in particolare per bisogni di lieve entità, cui l'utente potrebbe trovare risposta anche in altri *setting* assistenziali. In Toscana, infatti, Regione che conta 3,7 milioni di abitanti circa, sono dislocati 44 Ps che afferiscono a 12 Aziende sanitarie locali e 4 Aziende ospedaliere-universitarie e, nell'anno 2007, si sono registrati complessivamente circa 1,3 milioni di accessi ai Ps di tutto il territorio regionale, a conferma appunto che il Ps viene percepito come punto di riferimento per rispondere al bisogno di salute e sicurezza del cittadino.

Molti considerano inappropriato l'uso di questi servizi da parte della popolazione, che dovrebbe rivolgersi al medico di famiglia per bisogni non urgenti seguendo altri percorsi assistenziali. La realtà è che, anche dove la medicina territoriale è un'alternativa adeguata, integrata con il servizio di guardia medica e capace di offrire continuità di assistenza nelle 24 ore, molti cittadini preferiscono rivolgersi al Pronto soccorso, accettando anche lunghe attese, ma soddisfatti di ricevere un servizio «chiavi in mano», ossia un servizio comprensivo degli esami diagnostici, ove necessari, e con una diagnosi finale. A ciò si aggiungono altre circostanze che contribuiscono a rendere 'particolare' questo servizio agli occhi del cittadino: non sempre si è in grado di scegliere la struttura per le prestazioni, una particolare condizione fisica di emergenza soggettiva o oggettiva, l'impatto «della prima volta» con l'ambiente sanitario, incognite per mancanza di consuetudine, l'assegnazione casuale del personale medico-infermieristico e, quindi, l'assenza della relazione consolidata tra paziente e medico di fiducia (Goldwag, 2002).

La Regione Toscana, inoltre, nel Piano sanitario regionale 2008-2010 (Cap. 4.2) ha inteso confermare il ruolo strategico del Pronto soccorso quale porta di ingresso al sistema di assistenza ospedaliera e considera cruciale per la performance complessiva il miglioramento del servizio. Per i suddetti motivi, fin dal 2005, ogni anno la Regione e le Aziende del sistema hanno affidato al Laboratorio MeS lo svolgimento di un'indagine telefonica su un campione rappresentativo di utenti per monitorare il grado complessivo di soddisfazione dei cittadini, ma anche per misurare il gradimento di specifici aspetti dell'offerta erogata e per registrare le esperienze vissute dagli utenti.

In particolare, è obiettivo strategico di tutte le aziende sanitarie toscane, oggetto anche di incentivazione per le direzioni generali,¹ la riduzione del numero degli utenti molto o completamente insoddisfatti che, come è noto, hanno effetti assai più ampi e pervasivi, in termini di immagine, degli utenti soddisfatti.²

Il gruppo di ricerca del Laboratorio MeS ha fornito dunque annualmente al management aziendale e ai responsabili dei dipartimenti di Emergenza e urgenza un rapporto

con i risultati conseguiti in *benchmarking* (Nutti, 2007) e il dettaglio delle risposte date dai cittadini a ogni quesito dell'indagine.

Una volta nota, però, la performance conseguita da ciascun Pronto soccorso, è diventato urgente e rilevante anche fornire al management un metodo per supportare i processi decisionali relativi agli interventi da realizzare per aumentare la soddisfazione degli utenti. In particolare, considerando che molti sono gli aspetti che influiscono sulla soddisfazione dell'utente, è importante fornire al management un metodo per valutare su quale aspetto puntare prioritariamente, ossia su quali elementi investire per ottenere il massimo risultato possibile in termini di miglioramento del livello di soddisfazione.

Con queste premesse, sono stati applicati ai dati ottenuti dall'indagine telefonica congiuntamente i modelli di regressione e di ottimizzazione, al fine di identificare, per ogni azienda, i punti critici dell'assistenza fornita su cui investire per migliorare il livello di soddisfazione degli utenti dei Ps toscani.

Nei paragrafi successivi viene, in primo luogo, presentata la struttura e la metodologia adottata per realizzare l'indagine. Nel terzo e quarto paragrafo sono riportate le caratteristiche del questionario e i risultati ottenuti in termini descrittivi, mentre nel quinto si espone l'applicazione del modello di ottimizzazione. Nel sesto paragrafo si illustrano le conseguenze dell'applicazione del modello valide per ciascuna azienda toscana e, infine, l'ultimo paragrafo è dedicato alle considerazioni conclusive con gli aspetti problematici tuttora aperti per la ricerca futura

2. Dati e metodi

L'indagine è stata realizzata su tutti i punti di Ps regionali e ha coinvolto un campione di utenti maggiorenni che ha avuto almeno un accesso in Ps nell'arco di tre settimane consecutive comprese tra settembre e ottobre 2007.

Ai pazienti che si sono recati in Ps nel periodo oggetto di studio è stata distribuita al *triage* (accettazione) una informativa contenente gli obiettivi e il metodo della rilevazione oltre alle informazioni riguardanti la normativa sul rispetto della privacy. La popolazione di riferimento dello studio non include coloro che non hanno dato il proprio

assenso a partecipare all'indagine, così come i pazienti che non sono in grado di intendere e di volere, incoscienti o che non parlano la lingua italiana.

Nel periodo settembre-ottobre, preso come riferimento per lo studio in oggetto, si è registrato un totale di circa 77.000 accessi a livello regionale di cui, considerando i motivi di esclusione sopra menzionati, 50.000 (circa il 70%) costituito da pazienti potenzialmente contattabili. Sulla base della suddetta popolazione di riferimento è stato elaborato il piano di campionamento in grado di restituire stime con rappresentatività a livello aziendale. La numerosità campionaria è stata definita sulla base del numero di accessi registrati nelle singole Aziende e distribuita in modo proporzionale rispetto al volume degli accessi realizzati nei singoli punti di Pronto soccorso.

È stata scelta, inoltre, una tecnica di campionamento stratificata sulla base di due criteri: il punto di Pronto soccorso, presso il quale è avvenuto l'accesso, e il codice colore (sui codici è stata effettuata l'aggregazione tra azzurro e bianco e tra rosso e giallo).

Per l'assegnazione di tale numerosità campionaria è stata utilizzata la formula relativa alla stima di proporzioni (percentuali), adottando quali parametri di riferimento la precisione e la significatività delle stime. Nello specifico, i livelli stabiliti per questi due parametri sono i seguenti: Significatività = $P = 0,05$ Precisione = $D = 0,04$ per le aziende con oltre 4 PS e $D = 0,05$ per tutte le altre aziende. La metodologia di campionamento illustrata ha dato origine a un campione di numerosità complessiva regionale pari a 5.595 utenti. L'indagine telefonica è stata realizzata sulla base di un questionario appositamente strutturato, per rilevare sia l'esperienza degli utenti sia il loro livello di soddisfazione. Le interviste sono state condotte secondo la metodologia CATI (*Computer Assisted Telephone Interviews*): i cittadini sono stati contattati telefonicamente presso il proprio domicilio dal gruppo di rilevatori appositamente formati del Laboratorio management e sanità, supportati nel corso dell'intervista da un *software ad hoc*. La somministrazione dell'intervista tramite la tecnica del CATI permette agli intervistatori di porre le domande leggendole sullo schermo del computer, e di registrare immediatamente le

risposte dei singoli soggetti su supporto informatico. Tale modalità di rilevazione, cui sono ormai ampiamente riconosciuti diversi pregi, consente di raccogliere ed elaborare velocemente le risposte degli intervistati (Coulter, 2009). In particolare, sono state necessarie 24.000 telefonate per raggiungere la numerosità campionaria richiesta.

Nella **tabella 1** si mostrano le caratteristiche dei soggetti intervistati. In totale, lo studio ha coinvolto 3.021 donne e 2.474 uomini. In riferimento all'età degli intervistati, si rileva che la maggior parte di essi (44,9%) è costituita da adulti compresi tra i 35 e i 64 anni. Se si esaminano i dati riferiti al titolo di studio degli intervistati, risulta che più della metà è in possesso della sola licenza media, o di licenza elementare, o di nessun titolo (59,7%). Mentre l'8,8% del campione è in possesso della laurea. Per quanto riguarda, infine, la distribuzione dei dati amministrativi relativi al codice colore assegnato, risulta che gli utenti del Ps in condizioni gravi (codice giallo-rosso) sono stati circa il 17% mentre quelli con codice colore verde il 55% e bianco-azzurro il 28%.

3. Il questionario

Il questionario utilizzato per valutare la soddisfazione degli utenti del Pronto soccorso è stato creato sulla base degli esempi presenti nella letteratura corrente e sulla base di indagini già svolte, sia a livello nazionale che internazionale (Boudreaux, 2003; Boudreaux, 2004; Trout, 2000).

Inoltre, prima della stesura del questionario, è stata definita una mappa casuale, condivisa con i professionisti, per individuare le determinanti della soddisfazione del paziente durante tutte le fasi del percorso di cura. La mappa concettuale ha permesso di individuare le dimensioni principali presenti nel questionario e le principali domande che i professionisti hanno ritenuto rilevanti per misurare la soddisfazione per i diversi aspetti del percorso di cura.

Una volta individuate le dimensioni da analizzare, la maggioranza dei quesiti posti è risultata essere un adattamento delle domande dell'indagine di soddisfazione degli utenti del Pronto soccorso realizzata dal *Picker Institute* all'interno del programma per la rilevazione dell'esperienza e della sod-

disfazione dei pazienti del Servizio sanitario nazionale inglese (NHS), (Jenkinson, 2002; NHS, 2005).

Lo strumento di rilevazione, costruito specificatamente per l'indagine, ha consentito di rilevare la qualità percepita dagli utenti utilizzando scale di misura di tipo *rating* e di tipo *reporting*, rilevando rispettivamente il livello di soddisfazione relativo all'assistenza ricevuta e l'esperienza relativa ad alcuni aspetti specifici del percorso di cura. Questionari di questo genere, che non rilevano solo quanto il paziente è soddisfatto dell'assistenza ricevuta, offrono al management delle aziende sanitarie informazioni preziose. A livello gestionale occorre, infatti, poter individuare quali sono gli aspetti che hanno, ad esempio, generato uno stato di insoddisfazione nei pazienti di un determinato servizio, così da poter intervenire in modo efficace ed efficiente, soddisfacendo le attese e i reali bisogni del paziente.

Il questionario è costituito da 49 domande, le cui prime 9 riguardano informazioni sull'eventuale contatto con il medico di famiglia prima dell'arrivo al Pronto soccorso e le modalità di arrivo. Le domande dalla 9

Tabella 1
Caratteristiche del campione

Sesso	N	%
Femmine	30,121	53,99
Maschi	2,574	46,01
Età	N	%
< 35	1,232	22,02
35-64	2,616	44,97
> 64	1,874	33,01
Titolo studio	N	%
Nessuno/element	1,728	30,88
Media inferiore	1,614	28,85
Media superiore	1,702	30,42
Univ/post univ	463,000	8,28
Non rilevato	88,000	1,57
Codice colore	N	%
Bianco-azzurro	1,578	28,20
Verde	3,065	54,78
Giallo-Rosso	930,000	16,62
Non assegnato	22,000	0,39

alla 42 hanno direttamente a che fare con la valutazione da parte dell'utente delle diverse fasi del percorso di cura (Personale medico, Personale infermieristico, Coinvolgimento/Umanizzazione, Accesso/Accoglienza, Comfort). Le ultime due domande intendono misurare la soddisfazione globale, espressa in termini di grado di soddisfazione sulla qualità dell'intero servizio e la volontà o meno di scegliere di rivolgersi alla stessa struttura in caso di bisogno. Le domande restanti sono di carattere socio-demografico.

Le scale utilizzate per esprimere il grado di soddisfazione relativo ai diversi aspetti del servizio sono espresse su una scala da 1 (minima soddisfazione) a 5 (massima soddisfazione), oppure su una scala da 1 (minima soddisfazione) a 3 (massima soddisfazione).

L'analisi delle caratteristiche psicometriche dello strumento è stata ricondotta alla fine della raccolta dei dati sulle 20 domande che valutano la soddisfazione relativa ai seguenti aspetti: accoglienza al *triage*, caratteristiche della sala d'attesa (escluso la pulizia dei bagni per l'elevato numero di valori mancanti, ovvero di utenti che non hanno utilizzato i bagni), caratteristiche del personale medico e del personale infermieristico.

La validità di costruito è stata analizzata attraverso l'analisi fattoriale, che ha rilevato una struttura fattoriale a 5 fattori (α di Cronbach compreso tra 0.73 e 0.91). I 5 fattori individuati sembrano rispecchiare la dimensione dell'analisi rilevando e, quindi, misurando la soddisfazione del paziente rispetto al personale medico e infermieristico del Pronto soccorso, al coinvolgimento del paziente stesso in termini di cure ricevute e di informazioni acquisite, ai tempi di attesa e, infine, al livello di pulizia e comfort della sala di attesa. Per testare la validità predittiva è stata, quindi, seguita la procedura descritta da Carey e Seibert (1993). Inizialmente sono stati calcolati i coefficienti di correlazione tra i 5 fattori e la domanda sulla soddisfazione globale («Come valuta la qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto soccorso?»). I coefficienti di correlazione, che hanno assunto valori tra 0,37 e 0,75, sono risultati fortemente significativi ($p < 0.001$) suggerendo che tutti i 5 fattori intendono misurare aspetti riguardanti la soddisfazione del paziente. Infine, è stata effettuata una regressione multi-

pla che ha rivelato che l'82% della variabilità risulta spiegata dai 5 fattori.³

4. Principali risultati descrittivi dell'indagine

Affinché sia di aiuto alle scelte strategiche e organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, il giudizio dell'utente deve essere articolato nel dettaglio, per cogliere tutti gli aspetti centrali e accessori nella valutazione del servizio. Solo così si può procedere verso un riorientamento dell'attività delle istituzioni che veda il cittadino sempre più protagonista e responsabile del processo di erogazione del servizio di pubblica utilità, di cui egli è appunto il soggetto centrale.

Nel sistema di valutazione della performance sono presenti due indicatori dedicati all'esperienza dei cittadini che ricorrono ai servizi di Pronto soccorso:

- D8-Livello di soddisfazione PS;
- D10-Livello di insoddisfazione PS.

L'indicatore D8 sintetizza il livello di soddisfazione complessiva espresso dagli utenti, mentre il D10 misura il grado di insoddisfazione degli stessi utenti, focalizzandosi soltanto su coloro che dichiarano di essere poco o per nulla soddisfatti della qualità dell'assistenza ricevuta al Ps.

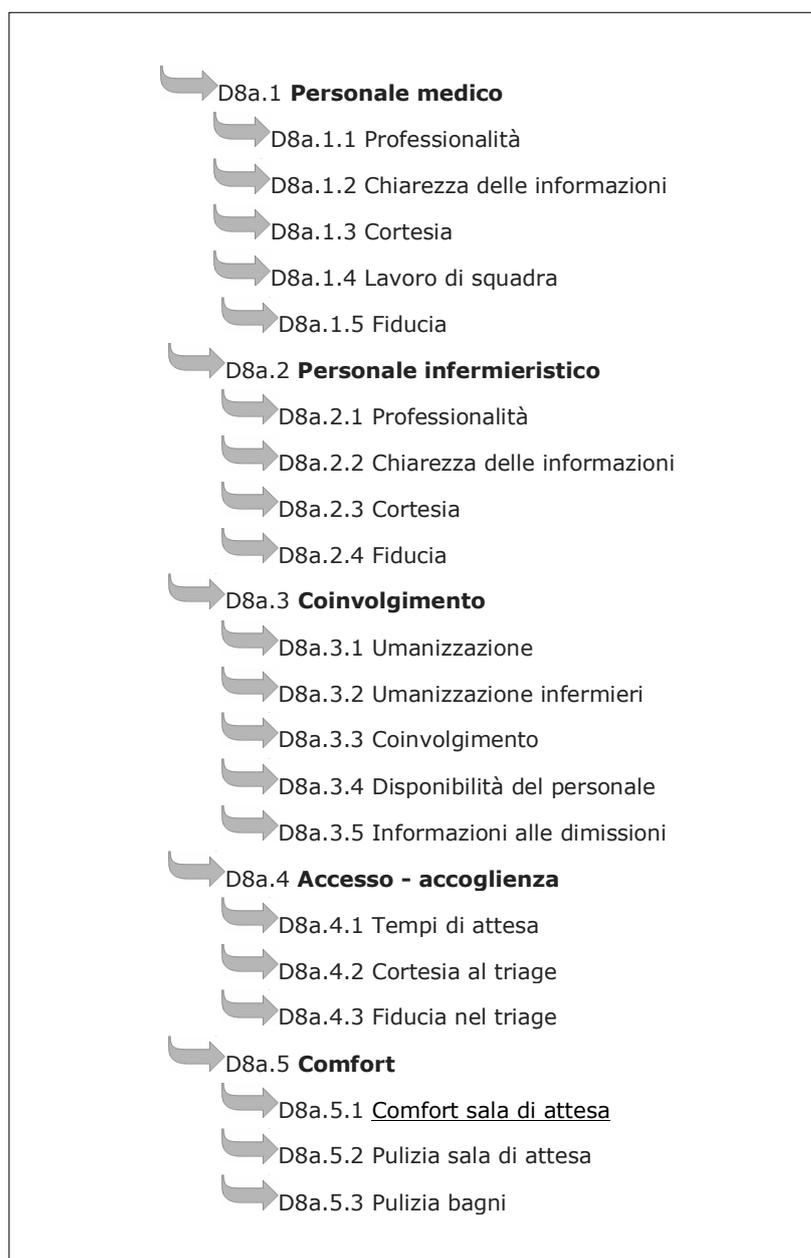
Di seguito si mostrano la struttura dell'indicatore D8 (**figura 1**), valida anche per l'indicatore D10 e la relativa valutazione (**figura 2**).

Il livello di soddisfazione (D8) viene espresso mediante l'utilizzo di un punteggio, calcolato come media pesata (pesi 5 = 100, 4 = 75, 3 = 50, 2 = 25, 1 = 0) e riportata in scala da 0 a 5 delle risposte ottenute alla domanda: «Da 1 a 5, quale è il suo giudizio sulla qualità della assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?» in cui 0 corrisponde a una valutazione pessima e 5 a una valutazione eccellente. Pur non rientrando nel calcolo dell'indicatore, l'indicatore monitora anche le distribuzioni e i punteggi dei principali *item* nel questionario, suddivisi in 5 dimensioni: personale medico, personale infermieristico, coinvolgimento/umanizzazione, accesso/accoglienza, comfort. Gli insoddisfatti della qualità complessiva del Ps sono invece identificati

dai pazienti che alla stessa domanda hanno risposto 1 o 2. In particolare, se le strutture sono state valutate complessivamente da un 8% e oltre di utenti come totalmente insoddisfacenti o poco soddisfacenti, l'azienda registra un punteggio compreso tra 0 e 1; se la percentuale degli utenti insoddisfatti rientra tra l'8% al 6%, il punteggio risulta tra 1 e 2; se invece gli utenti insoddisfatti sono compresi tra il 6% e il 4%, tra il 4% e il 2% oppure tra il 2% e lo 0%, le aziende otterranno rispettivamente punteggi compresi tra il 2 e il 3, tra il 3 e il 4 e tra il 4 e il 5. Dai dati emerge che, a livello regionale, quasi l'85% dei pazienti risulta totalmente o molto soddisfatto dell'assistenza ricevuta. In ogni singola azienda, come mostra la **figura 3**, la soddisfazione complessiva (utenti totalmente e molto soddisfatti) varia tra il 68% della Azienda ospedaliera di Prato e il 93% dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer. Gli utenti insoddisfatti (poco o per nulla soddisfatti) sono passati da oltre l'8% nel 2006 a circa il 5,4% nel 2007, con una diminuzione più o meno accentuata in quasi tutte le aziende. Confrontando questi dati con quelli dell'indagine precedente, realizzata nell'anno 2006, si registra pertanto un miglioramento del grado di soddisfazione complessiva a livello regionale e in tutte le 16 aziende, dovuto in particolare a un aumento degli utenti totalmente soddisfatti, che passano dal 24,35% del 2006 al 39,47% del 2007, ma anche a una diminuzione degli utenti poco e per nulla soddisfatti. Riguardo agli altri *item*, si registra un miglioramento generale a livello regionale, fatta eccezione per il comfort della sala d'attesa e i tempi di attesa, che invece hanno ottenuto una valutazione meno positiva rispetto al 2006. Tali valutazioni variano da azienda ad azienda, in alcuni casi in modo evidente.

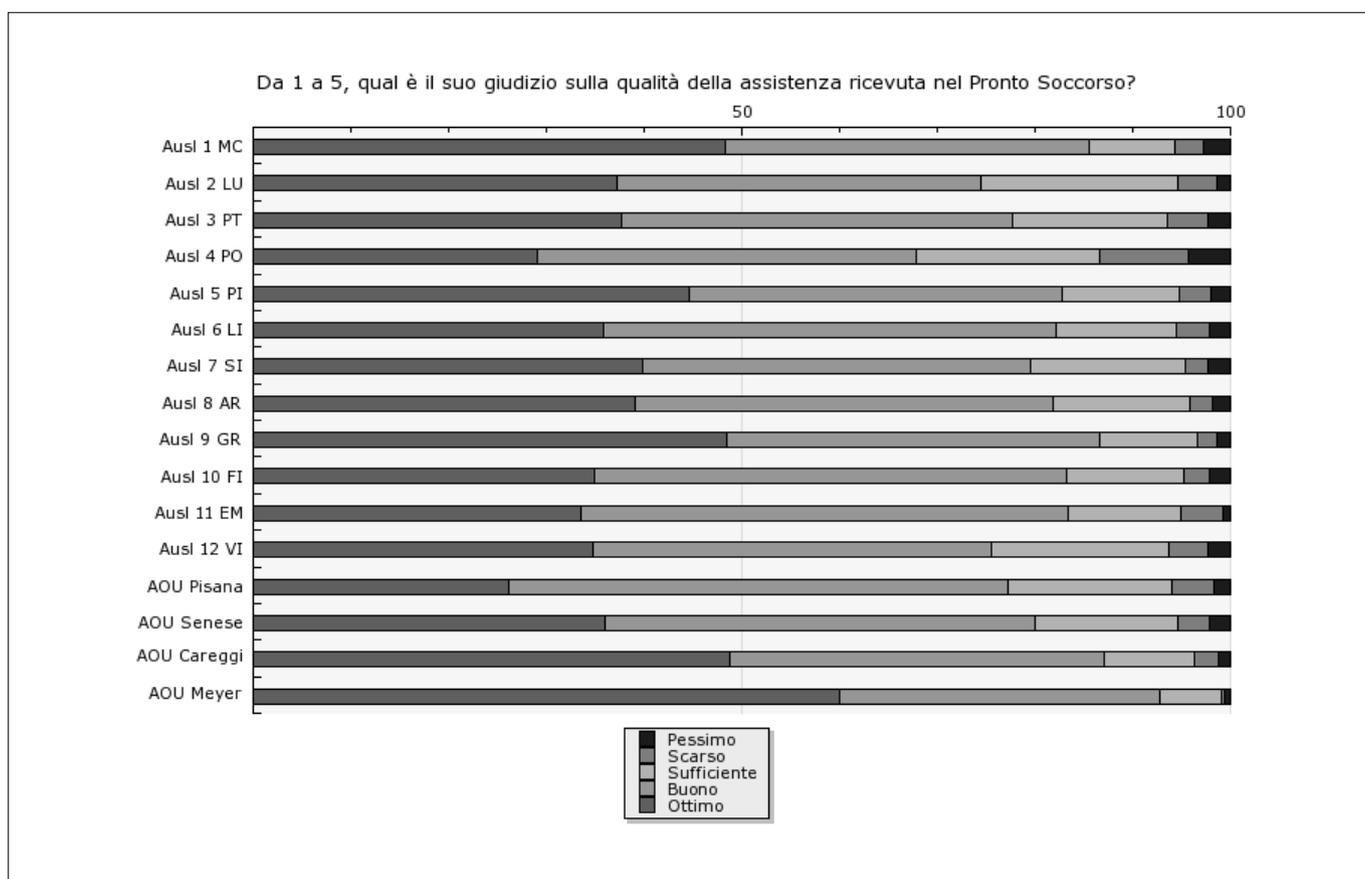
Tuttavia, pur registrando un livello di soddisfazione media piuttosto elevato, in alcuni casi appare ancora alto il numero di utenti insoddisfatti dei servizi di Pronto soccorso, come emerge dai precedenti dati che mettono in luce le criticità presenti in modo più rilevante in alcuni *item*, come i tempi di attesa, il coinvolgimento e gli aspetti legati al comfort.

Aspetto da evidenziare è come il fattore determinante l'insoddisfazione nei servizi non divenga, se in positivo, quello che crea



soddisfazione (Zemke, Schaaf, 1989; Venison, 1983). Se la sala d'attesa del Pronto soccorso risulta sporca e le sedie insufficienti, l'utente sarà assai insoddisfatto ma, all'opposto, la sala pulita e le sedie in numero adeguato rispetto agli utenti non sono fattori determinanti per la soddisfazione del paziente. Potrà, invece, influire (una volta raggiunti gli standard percepiti quali minimi o «igienici» del servizio), per esempio, una comunicazione adeguata e personalizzata da parte del per-

Figura 1
Struttura albero Livello di soddisfazione Ps

**Figura 2**

Valutazione relativa alla domanda «Qual è il Suo giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?»

sonale. Un utente che si dichiara totalmente insoddisfatto, quindi, è certamente reduce di un'esperienza di servizio in cui sono risultati inadeguati i fattori «igienici», ossia aspetti di base percepiti come minimi indispensabili.

Non a caso l'obiettivo specifico assegnato alle aziende per l'anno 2008 (del. G.R. 140/2008) è stato costruito sulla diminuzione del numero di utenti totalmente o molto insoddisfatti del servizio ricevuto anziché sull'aumento del livello di soddisfazione. Questa scelta nasce dalla considerazione che sebbene sia indiscutibilmente importante aumentare il numero di utenti soddisfatti, lo è ancor di più diminuire quello degli insoddisfatti.

In alcuni casi erogare un servizio che ottenga la massima soddisfazione degli utenti può dimostrarsi obiettivo irrealistico, ma certamente bisogna evitare quelle mancanze che determinano la totale insoddisfazione, anche perché questa se irrisolta, preclude anche la possibilità di percezione positiva. Inoltre, gli

utenti insoddisfatti tendono a diffondere e a comunicare il disagio ricevuto molto più diffusamente nella propria comunità di appartenenza, con evidente danno all'immagine del soggetto erogatore (Garlatti, 1992).

È interessante, infine, notare (tabella 2) che oltre la metà degli intervistati non è a conoscenza del codice colore assegnato al *triage*, mettendo in evidenza che probabilmente non sono ancora chiare agli utenti le modalità per decidere la priorità di accesso al Ps e che la comunicazione del codice da parte degli operatori non risulta efficace.

5. Il modello di ottimizzazione

La soddisfazione del paziente è un importante indicatore di performance dell'attività del Pronto soccorso, tuttavia le strategie più efficaci da intraprendere per migliorarla sono ancora poco chiare e inesplorate nella ricerca scientifica. La finalità dello studio è stata pertanto quella di individuare in ogni singola

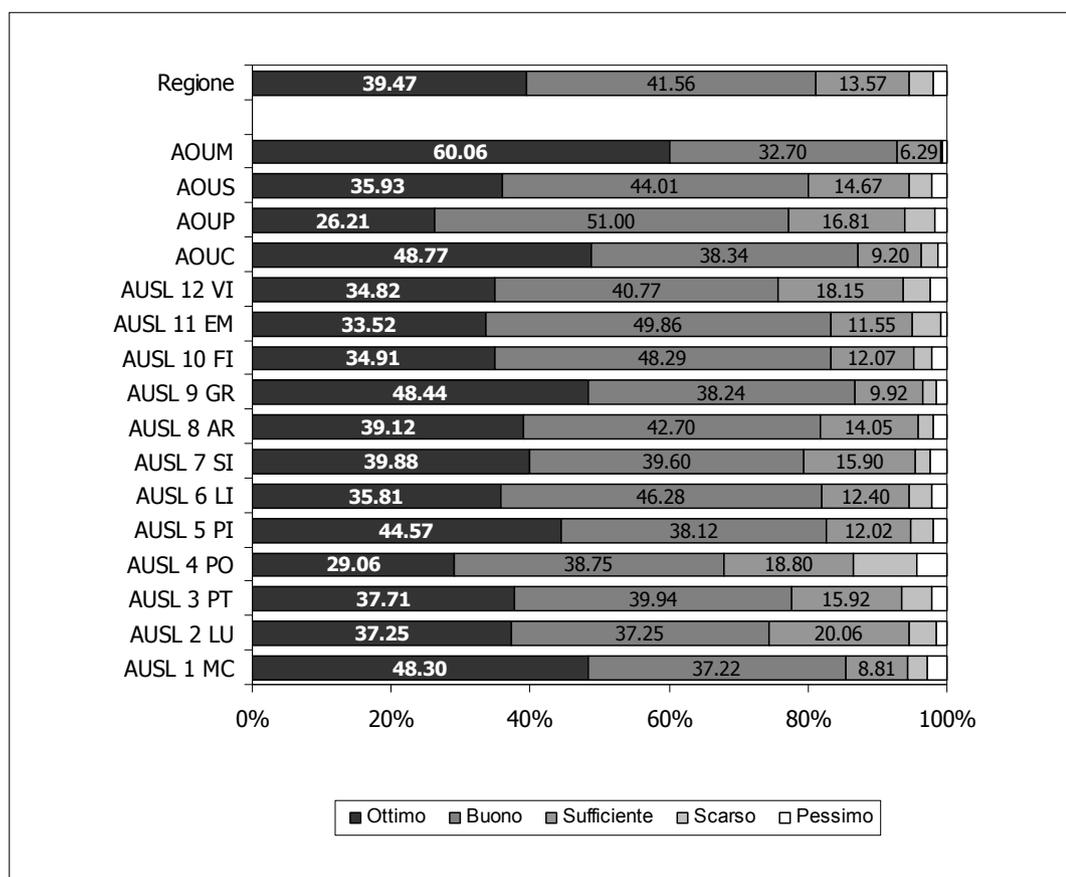


Figura 3
Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda «Qual è il Suo giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?»

azienda le principali determinanti della soddisfazione e di stimare in modo quantitativo la loro incidenza sul livello di soddisfazione dei pazienti.

In particolare, sono stati identificati quegli aspetti del servizio offerto in Pronto soccorso (cortesia dei medici, coinvolgimento del paziente, ecc.) su cui far leva al fine di ottenere un predeterminato incremento del grado di soddisfazione degli utenti circa l'assistenza ricevuta.

Al fine di individuare i suddetti aspetti dal punto di vista metodologico, è stata applicata a livello regionale la metodologia introdotta per la prima volta in questo ambito da Brown e Sandoval (Brown, 2005; Sandoval, 2005). Una volta dimostrata la robustezza del metodo e la sua applicabilità in diversi setting (Seghieri, 2009), il modello di ottimizzazione è stato applicato all'ambito aziendale al fine di individuare, considerando le specificità locali, gli aspetti dell'assistenza su cui

puntare per migliorare la soddisfazione degli utenti.

Sebbene, infatti, i modelli di regressione possano essere considerati efficienti, in quanto permettono di individuare i più forti predittori della variabile dipendente, tuttavia, soprattutto per supportare i processi decisionali relativi alle azioni da attivare, non è sufficiente conoscere le variabili maggiormente correlate con l'*outcome*. Per garantire la massima efficacia possibile agli interventi da adottare, è utile considerare e focalizzare l'azione su quei fattori che risultano avere una performance media più scarsa. Il modello di ottimizzazione, infatti, considera che il miglioramento del punteggio di una variabile che è molto vicino al suo *benchmark* sia più difficile rispetto a quello di una variabile che ne è invece lontano. Dal punto di vista matematico, il modello di ottimizzazione impiega come informazioni iniziali la stima dei coefficienti del modello di regressione e

Aziende	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	N. utenti
Ausl 1 MC	48,30	37,22	8,81	2,84	2,84	352
Ausl 2 LU	37,25	37,25	20,06	4,01	1,43	349
Ausl 3 PT	37,71	39,94	15,92	4,19	2,23	358
Ausl 4 PO	29,06	38,75	18,80	9,12	4,27	351
Ausl 5 PI	44,57	38,12	12,02	3,23	2,05	341
Ausl 6 LI	35,81	46,28	12,40	3,31	2,20	363
Ausl 7 SI	39,88	39,60	15,90	2,31	2,31	346
Ausl 8 AR	39,12	42,70	14,05	2,20	1,93	363
Ausl 9 GR	48,44	38,24	9,92	1,98	1,42	353
Ausl 10 FI	34,91	48,29	12,07	2,62	2,10	381
Ausl 11 EM	33,52	49,86	11,55	4,23	0,85	355
Ausl 12 VI	34,82	40,77	18,15	3,87	2,38	336
AouC	48,77	38,34	9,20	2,45	1,23	326
AouP	26,21	51,00	16,81	4,27	1,71	351
AouS	35,93	44,01	14,67	3,29	2,10	334
AouM	60,06	32,70	6,29	0,31	0,63	318
Regione	39,47	41,56	13,57	3,41	1,99	5577

Codice colore dichiarato durante l'intervista

Codice colore da sistema informativo aziendale	Azzurro-Bianco	Verde	Giallo-Rosso	Non so/non comunicato	N. utenti
	Azzurro-Bianco	38,21	9,95	3,23	48,61
Verde	6,46	24,89	6,82	61,83	3065
Giallo-Rosso	1,18	5,91	32,15	60,75	930
Totale	812	975	559	3227	5573

Tabella 2

Conoscenza del codice colore attribuito al *triage*

il valore medio delle covariate. Partendo da questi dati, il modello si traduce, quindi, in un problema di ottimizzazione non lineare vincolata e per risolverlo, ovvero individuare la soluzione ottima, viene utilizzato lo strumento Risolutore di Excel il quale impiega l'algoritmo *Generalized Reduced Gradient* (GRG2).

In termini formali, definite con X_i , $i = 1, \dots, 20$ le 20 misure di soddisfazione e con Y_i la rispettiva performance media (giudizio medio espresso da tutti i soggetti), obiettivo dell'ottimizzazione è quello di individuare, sotto determinati vincoli, quell'insieme di aspetti di cura (X_i) che, con un minimo miglioramento, permetta di raggiungere un fisso livello di soddisfazione globale.

Tradotto in termini di formule:

$$\min \sum_{i=1}^{20} \left| \frac{X_i - Y_i}{Y_i} \right|$$

Soggetto ai seguenti vincoli:

- 1) $X_i \geq 1$
- 2) $X_i \leq Y_i$
- 3) $X_i \geq 0.85 * Y_i$
- 4) $(\hat{X}_1, \hat{X}_2, \dots, \hat{X}_{20}) \leq 0.95 * (\hat{Y}_1, \hat{Y}_2, \dots, \hat{Y}_{20})$

Dove per \hat{X}_i e \hat{Y}_i si intendono i valori predetti ottenuti dal modello di regressione logistica.

Il primo vincolo impone la condizione che nessuno dei predittori migliori la propria performance oltre il valore massimo (valutazione eccellente). Il secondo vincolo forza il modello a individuare valori migliori della performance media. Il terzo vincolo impone la condizione che nessun predittore migliori la propria performance oltre il 15% di quella media. Infine, il quarto vincolo fissa l'incremento della variabile dipendente al 5% o più. Per una spiegazione più approfondita

sul modello di ottimizzazione si rimanda a Brown (2005).

Per quanto riguarda l'applicazione del modello di ottimizzazione ai dati Toscani, sono stati calcolati inizialmente i coefficienti di correlazione di Pearson al fine di individuare quegli aspetti dell'assistenza ricevuta che risultino essere significativamente associati al quesito di soddisfazione globale. Tutti e venti i quesiti individuati precedentemente con l'analisi fattoriale sono risultati significativamente associati con la soddisfazione globale ($p < .01$).

Il passo successivo è stato, quindi, l'utilizzo della regressione logistica ordinale per stimare, tramite i coefficienti di regressione, l'impatto di ciascuno dei venti *item* sulla domanda di soddisfazione globale, separatamente per ogni azienda.

Infine, partendo dalla stima dei coefficienti di regressione precedentemente calcolati e dal livello di performance medio (misurato come livello medio di soddisfazione degli aspetti dell'assistenza ricevuta percepita dall'utente), tramite l'algoritmo di massimizzazione è stata identificata la combinazione ottimale di covariate (aspetti dell'assistenza ricevuta) di ogni azienda in grado di incrementare il livello di soddisfazione globale al massimo del 15%.

6. Risultati

Le analisi sono state effettuate sia a livello regionale sia a livello aziendale. In entrambe le analisi, multivariata e di ottimizzazione, è emersa una elevata variabilità tra le aziende sia nella tipologia che nel numero di aspetti rilevanti per la soddisfazione. Vale la pena sottolineare però che, nonostante l'eterogeneità dei risultati ottenuti, si nota l'esistenza di un *item* comune a tutte le aziende. Il fattore cui si fa riferimento è il «lavoro di squadra», che risulta dalla domanda del questionario così strutturata: «Qual è il suo giudizio su come il personale medico e infermieristico hanno lavorato insieme?». Questo fattore non solo entra in gioco in ogni singola azienda come determinante di soddisfazione, ma risulta essere in tutte le realtà l'*item* che incide maggiormente nella valutazione della qualità complessiva. Questo dato dimostra quanto sia importante per il paziente la presa in carico da parte di una équipe ben con-

solidata, che collabori in modo sinergico e proattivo per soddisfarne i bisogni. Il lavoro in équipe del personale sanitario è un fattore che rassicura il paziente e incide sulla sua capacità di gestione dell'ansia.

Altri studi in letteratura hanno dimostrato, inoltre, che una buona relazione tra personale medico e infermieristico permette oltre a un miglior utilizzo delle risorse, anche una più adeguata gestione del percorso di cura del paziente (Aiken, 1987; Schmalenberg, 2005; Shortell, 1994).

Alla luce di questi risultati, appare chiaro come ogni azienda dovrebbe innanzitutto focalizzare i propri sforzi in questa direzione, con l'obiettivo di costituire una squadra capace di collaborare nel rispetto dei diversi ruoli professionali. Spesso, infatti, negli ambienti sanitari si immagina che l'utente non colga questo aspetto, mentre l'esperienza toscana dimostra che esso viene percepito molto chiaramente e incide non solo sulla qualità del servizio, ma anche sulla soddisfazione dell'utente.

Altri elementi che assumono particolare rilievo come determinanti della soddisfazione a livello regionale, sebbene non presenti in tutte le aziende, sono la professionalità e la cortesia del personale medico e infermieristico. Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, invece, i tempi di attesa incidono soltanto in alcuni casi.

Fatta, quindi, eccezione per l'*item* «lavoro di squadra», le aziende registrano elementi diversi che svolgono un impatto sulla soddisfazione degli utenti. Si considerino, ad esempio, le Aziende sanitarie 1 Massa Carrara e 5 Pisa (rispettivamente **tabella 3** e **tabella 4**), che presentano analoghi livelli di soddisfazione, con punteggi rispettivamente di 4,00 e 4,07. Fermo restando, in entrambi i casi, l'investimento sul *team*, l'azienda di Massa Carrara, per accrescere il livello di soddisfazione del 15%, dovrebbe puntare sull'aumento della soddisfazione relativa ai tempi di attesa (+ 15%) e alla cortesia del personale infermieristico (+ 6%). Nel caso dell'Azienda 5 Pisa, invece, migliorare unicamente la comunicazione da parte del personale infermieristico, per renderla più chiara ed efficace (+ 1%), porterebbe a un aumento del grado di soddisfazione del 10%. In sintesi, le tabelle mostrano nel dettaglio il numero e in che misura ogni *item* analizzato

Tabella 3

Ausi 1 Massa Carrara. Determinanti della soddisfazione complessiva

% miglioramento soddisfazione globale	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	X ₁₆	X ₁₇	X ₁₈	X ₁₉	X ₂₀		
1%																					2%	
2%																						3%
3%																						5%
4%																						7%
5%																						8%
6%																						10%
7%																						11%
8%																						13%
9%																						15%
10%				2%																		15%
11%				5%																		15%
12%				8%																		15%
13%				11%																		15%
14%				15%																		15%
15%				15%												6%						15%

X₄: Giudizio Tempi di attesa
 X₁₆: Cortesia infermieri
 X₃: Tempi di attesa
 X₂₀: Lavoro di squadra

Tabella 4

Ausi 5 Pisa. Determinanti della soddisfazione complessiva

% miglioramento soddisfazione globale	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	X ₁₆	X ₁₇	X ₁₈	X ₁₉	X ₂₀		
1%																					2%	
2%																						4%
3%																						5%
4%																						7%
5%																						9%
6%																						10%
7%																						12%
8%																						13%
9%																						14%
10%																1%						15%
11%																3%						15%
12%																5%						15%
13%																7%						15%
14%																10%						15%
15%																12%						15%

X₁₅: Chiarezza informazioni
 X₂₀: Lavoro di squadra

impatta sulla percezione della qualità e sulla capacità di ognuna di incidere sulla performance complessiva.

Inoltre, considerando l'Azienda sanitaria 12 Versilia (**figura 4**), ad esempio, per incrementare la soddisfazione fino al 7% sarà sufficiente che l'azienda focalizzi i propri sforzi in una sola direzione, ossia, ancora una volta, sul livello di collaborazione tra lo staff infermieristico e quello medico. Tuttavia, se l'azienda si ponesse prospettive più sfidanti e volesse portare al 15% il livello di soddisfazione complessiva, dovrebbe agire, oltre che sul lavoro di squadra, anche su altre variabili quali la professionalità dei medici, la chiarezza delle informazioni, le informazioni al momento della dimissione, i tempi di attesa e sulla cortesia del personale al *triage*. Se, invece, si considerano l'Azienda sanitaria 8 di Arezzo e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi, le variabili che entrano in gioco nel caso in cui si voglia incrementare del 15% il livello di soddisfazione complessiva sono solamente due. Oltre che il lavoro di squadra, l'Azienda di Arezzo dovrebbe migliorare la professionalità dello staff medico, mentre l'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi il comfort della sala di attesa.

Per rendere comprensibili e di facile utilizzo i risultati a supporto del management sanitario, il Laboratorio MeS ha infine predisposto una reportistica specifica. La figura 4 presenta un estratto del materiale fornito a ogni azienda.

7. Conclusioni

Gli strumenti di valutazione della soddisfazione dell'utenza sono entrati a pieno titolo tra quelli che supportano la *governance* dei servizi di pubblica utilità. Un limite, però, spesso riscontrato dal management è che tali strumenti di tipo statistico-quantitativo, pur essendo capaci di evidenziare con un

buon livello di rappresentatività il punto di vista dell'utenza, hanno natura descrittiva. Frequentemente, infatti, per poter avere indicazioni sulle determinanti dei risultati di soddisfazione a integrazione delle indagini statistico-quantitative, vengono realizzati studi qualitativi (*focus* sui pazienti e interviste semi-strutturate).

La misurazione della qualità percepita, in un ambito multidimensionale di valutazione della performance aziendale, non deve essere, tuttavia, uno strumento rigido capace di elencare e descrivere unicamente aspetti positivi e negativi del servizio, ma al contempo, deve divenire uno strumento sensibile e agile, in grado di fornire, nel breve, alle aziende, indicazioni quantitative sul grado ottimale di miglioramento della qualità dei diversi aspetti del percorso di cura da perseguire, per accrescere il numero dei cittadini che si dichiarano soddisfatti del servizio nel suo complesso.

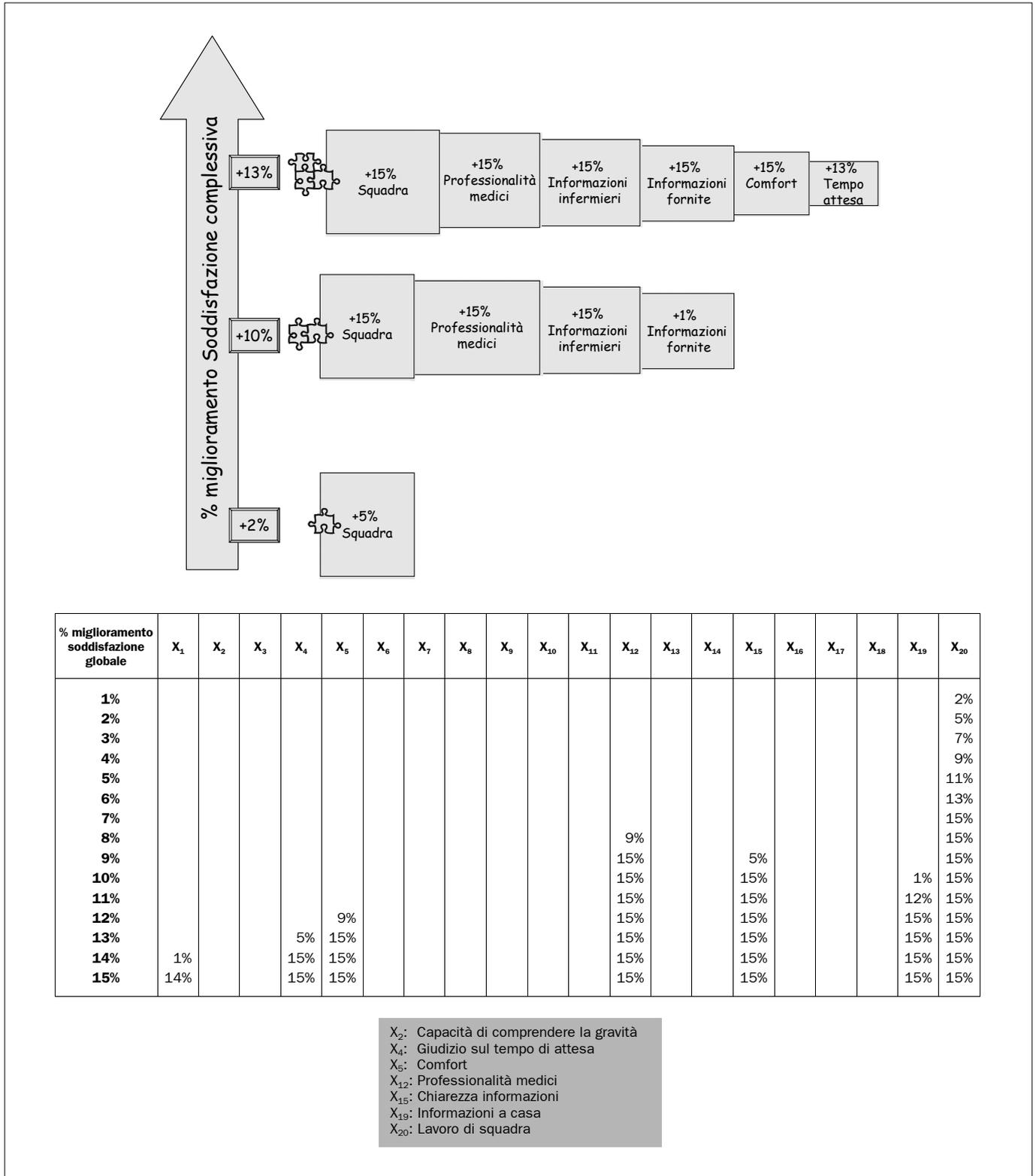
Il lavoro presentato in questo articolo propone l'utilizzo delle indagini campionarie non solo come metodi per descrivere e valutare i risultati, ma anche come strumento per supportare i processi di programmazione strategica al fine di individuare linee di azione coerenti con quanto è effettivamente importante per l'utenza.

Se la sanità pubblica vuole compiere un salto di miglioramento nelle competenze manageriali, è auspicabile che si doti sempre più di strumenti rigorosi basati su evidenze quantitative capaci di orientare le scelte di investimento e di allocazione delle risorse in linea con le esigenze dell'utenza.

Note

1. Per una maggior dettaglio si rimanda alla Delibera Giunta Regionale n. 623 del 04-08-2008.
2. Delibera Giunta Regionale n. 140 del 25-02-2008.
3. I risultati delle analisi relative alla validazione del questionario possono essere forniti dagli autori su richiesta.

Figura 4
Ausi 12 Versilia. Determinanti della soddisfazione complessiva



B I B L I O G R A F I A

- AIKEN L.H., CLARKE S.P., SLOANE D.M., SOCHALSKI J., HUBER J.H. (2002), «Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction», *JAMA*, 288, pp. 1987-93.
- BOUDREAUX E.D., O'HEA E.L. (2003), «Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice», *J Emerg Med*, 26, pp. 13-26.
- BOUDREAUX E.D., D'AUTREMONT S., WOOD K., JONES G.N. (2004), «Predictors of emergency department patient satisfaction: stability over 17 months», *Acad Emerg Med*, 11, pp. 51-58.
- BROWN A.D., GOLDACRE M.J., HICKS N., ROURKE J.T., MCMURTRY R.Y., BROWN J.D., ANDERSON G.M. (2001), «Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics», *Can J Public Health*, 92, pp. 155-59.
- BROWN A.D., SANDOVAL G.A., LEVINTON C., BLACKSTIEN-HIRSCH P. (2005), «Developing an efficient model to select emergency department patient satisfaction improvement strategies», *Ann Emerg Med*, 46, pp. 3-9.
- CAREY R.G., SEIBERT J.H. (1993), «A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity», *Med Care*, 31, pp. 834-45.
- CARR-HILL R.A. (1992), «The measurement of patient satisfaction», *Journal of Public Health Medicine*, 14, pp. 236-249.
- COULTER A., FITZPATRICK R., CORNEWELL J. (2009) «The point of care measures of patients' experience in hospital: purposes, methods and uses», *The King's Fund 2009*.
- DONABEDIAN A. (2003), «The quality of care. How can it be assessed?», (1988), *JAMA*, 260, pp. 1743-48.
- GILSON L. (2003), «Trust and the development of health care as a social institution», *Soc Sci Med*, 56, pp. 1453-68.
- GOLDWAG R., BERG A., YUVAL D., BENBASSAT J. (2002), «Predictors of patient dissatisfaction with emergency care», *Isr Med Assoc J*, 4, pp. 603-06.
- GOUDGE J., GILSON L. (2005), «How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience», *Soc Sci Med*, 61, pp. 1439-51.
- HALL M., DUGAN E., ZHENG B., MISHRA A. (2001), «Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?», *Milbank Q*, 79, pp. 613-39.
- JENKINSON C., COULTER A., BRUSTER S. (2002), «The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries», *Int J Qual Health Care*, 14, pp. 353-58.
- LLIFFE S., WILCOCK J., MANTHORPE J., MORIARTY J., CORNES M., CLOUGH R., BRIGHT L. (2008) «Can clinicians benefit from patient satisfaction surveys? Evaluating the NSF for older people, 2005-2006», *J R Soc Med*, 101, pp. 598-604.
- MCKINLEY R., MANKU-SCOTT T., HASTINGS A.M., FRENCH D.P., BAKER R. (1997), «Reliability and Validity of new measures of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of patient questionnaire», *BMJ*, 314, pp. 193-199.
- MECHANIC D. (1998), «The Function and Limitations of Trust in the Provision of Medical Care», *J Health Serv Res Policy*, 23, pp. 661-86.
- MECHANIC D., SCHLESINGER M. (1996), «The Impact of Managed Care on Patients' Trust in Medical Care and Their Physicians», *JAMA*, 275, pp. 1693-97.
- NHS (2005), *Acute Trust Emergency Department Survey 2004/2005*, <http://www.nhssurveys.org/surveys/155>.
- NUTI S. (2007) *La valutazione della performance in sanità*, il Mulino, Bologna.
- NUTI S., MARCACCI L., MURANTE A.M., FERRETTI F., BARSANTI S. (2007), «Il percorso emergenza: l'esperienza e la soddisfazione degli utenti», Report a cura del Laboratorio Management e Sanità.
- O'CONNOR S.J., SHEWCHUK R. (2003), «Patient satisfaction: what is the point?», *Health Care Manage Rev*, 28, pp. 21-24.
- PASCOE G.C. (1983), «Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis», *Eval Program Plann*, 6, pp. 185-210.
- SANDOVAL G.A., LEVINTON C., BLACKSTIEN-HIRSCH P., BROWN A.D. (2005), «Selecting predictors of cancer patients' overall perceptions of the quality of care received», *Ann Onco*, 17, pp. 151-56.
- SCHMALENBERG C., KRAMER M., KING C.R., KRUGMAN M., LUND C., PODUSKA D., RAPP D. (2005), «Excellence through evidence: Securing collegial/collaboration nurse-physician relationships», Part 1, *J Nurs Adm*, 35, pp. 450-58.
- SEGHIERI C., SANDOVAL G.A., BROWN A.D., NUTI S. (2009), «Where to Focus Efforts to Improve Overall Ratings of Care and Willingness to Return: The Case of Tuscan Emergency Departments», *Academic Emergency Medicine*, 16, pp.1-9
- SHORTELL S.M., ZIMMERMAN J.E., ROUSSEAU D.M., GILLIES R.R., WAGNER D.P., DRAPER E.A., KNAUS W.A., DUFFY J. (1994), «The performance of intensive care units: does good management make a difference?», *Med Care*, 32, pp. 508-25.
- STRASSER S., AHARONY L., GREENBERGER D. (1993), «The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model», *Med Care Rev*, 50, pp. 219-48.
- STRATEN G., FRIELE R., GROENEWEGEN P. (2002), «Public trust in Dutch health care», *Soc Sci Med*, 55, pp. 227-34.
- SUN B.C., ADAMS J.G., BURSTIN H.R. (2001), «Validating a model of patient satisfaction with emergency care», *Ann Emerg Med*, 38, pp. 527-32.
- THIEDKE C.C. (2007), «What do we really know about patient satisfaction?», *Fam Pract Manag*, 14, pp. 33-36.

TROUT A., MAGNUSSON A.R., HEDGES J.R. (2000), «Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?», *Acad Emerg Med*, 7, pp. 695-709.

VAN DER SCHEE E., BRAUN B., CALNAN M., SCHNEE M., GROENEWEGEN P. (2007), «Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales», *Health Policy*, 81, pp. 56-67.