



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia Generale

SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE PSICOLOGICHE

INDIRIZZO: PSICOLOGIA SOCIALE E DELLA PERSONALITÀ

CICLO XXI

PERCEZIONE DELLE LISTE E DEI TEMPI D'ATTESA NEI SERVIZI SANITARI.

Variabili antecedenti alla customer satisfaction

Direttore della Scuola: Ch.mo Prof. Luciano Stegagno

Supervisore: Ch.mo Prof. Nicola Alberto De Carlo

Dottoranda: Alessandra Piccirelli

INDICE

PERCEZIONE DELLE LISTE E DEI TEMPI D'ATTESA NEI SERVIZI SANITARI. VARIABILI ANTECEDENTI ALLA CUSTOMER SATISFACTION

INTRODUZIONE	p.	1
--------------	----	---

CAPITOLO PRIMO

LISTE E TEMPI D'ATTESA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1.	L'ATTESA NEL CONTESTO DEI SERVIZI	p.	7
2.	IL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA E IL DIRITTO ALLA SALUTE		10
2.1.	L'evoluzione del SSN: dalle casse mutue ad oggi		10
2.1.1.	<i>I livelli essenziali di assistenza – LEA</i>		13
3.	LISTE E TEMPI D'ATTESA NEL SSN		14
3.1.	Normative e linee guida in tema di liste d'attesa		16
3.2.	Le liste d'attesa nella relazione domanda-offerta		20
3.3.	Le determinanti delle liste e dei tempi d'attesa		21
3.4.	I possibili interventi correttivi e migliorativi		22
3.4.1.	<i>Interventi volti a razionalizzare l'offerta</i>		23
3.4.2.	<i>Interventi volti ad agire sull'offerta e sulla domanda</i>		25
3.4.3.	<i>Interventi volti a razionalizzare la domanda</i>		26
3.4.4.	<i>Il ruolo del cittadino/utente/paziente</i>		26

CAPITOLO SECONDO

IL QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO: CUSTOMER SATISFACTION E TEMPI D'ATTESA

1.	LA CUSTOMER SATISFACTION : DEFINIZIONI E APPROCCI DI STUDIO	p.	29
1.1.	Le variabili antecedenti alla customer satisfaction		35
1.1.1.	<i>Le aspettative</i>		35
1.1.2.	<i>Le percezioni</i>		39

1.1.3.	<i>Aspettative e Percezioni nel paradigma dell'expectancy disconfirmation</i>	41
1.1.4.	<i>La teoria dell'attribuzione</i>	44
1.1.5.	<i>Il valore percepito per l'utente</i>	50
1.1.6.	<i>Le emozioni</i>	53
2.	IL RUOLO DELL'ATTESA NELLA CUSTOMER SATISFACTION	56
2.1.	L'esperienza dell'attesa nei servizi	59
2.2.	Le variabili coinvolte nella percezione dell'attesa: da Maister ai giorni nostri	61
2.3.	La gestione delle variabili dell'attesa	65
2.3.1.	<i>Fattori controllabili da chi eroga il servizio</i>	66
2.3.2.	<i>Fattori controllabili sia da chi eroga il servizio sia dall'utente</i>	69
2.3.3.	<i>Fattori controllabili esclusivamente dall'utente</i>	70
2.4.	L'esperienza dell'attesa nei servizi sanitari	71
2.4.1.	<i>Una rassegna dei principali studi</i>	72
3.	LA SODDISFAZIONE PER I TEMPI D'ATTESA DI UNA PRESTAZIONE SANITARIA: UN MODELLO INTEGRATO	76

CAPITOLO TERZO

PRIMA FASE: I FOCUS GROUP CON GLI OPERATORI SANITARI

1.	OBIETTIVI	p.	81
2.	METODOLOGIA E STRUMENTI		81
3.	PARTECIPANTI		83
4.	ANALISI DEI DATI		84
5.	RISULTATI		86
5.1.	Criticità		87
5.2.	Determinanti delle liste e dei tempi d'attesa		90
5.3.	Interventi		97
5.4.	Rappresentazione grafica delle strutture gerarchiche ad albero		103
6.	DISCUSSIONE DEI RISULTATI		107

CAPITOLO QUARTO**SECONDA FASE: L'INDAGINE QUANTITATIVA RIVOLTA AGLI UTENTI DEI
SERVIZI SANITARI**

1. OBIETTIVI	p.	113
2. METODO		113
2.1. Partecipanti		113
2.2. Procedura		114
2.3. Strumento		115
3. CARATTERISTICHE PSICOMETRICHE DELLO STRUMENTO		118
3.1. Scala di attribuzione di responsabilità		119
3.2. Scala di reazioni emotive negative associate all'attesa		123
3.3. Scala di valore percepito del servizio		124
4. RISULTATI		126
4.1. Le analisi descrittive		126
4.2. Verifica di un modello di soddisfazione per i tempi di attesa		131
4.2.1. <i>Le ipotesi alla base del modello</i>		131
4.2.2. <i>I risultati</i>		133
5. DISCUSSIONE DEI RISULTATI		137

CAPITOLO QUINTO

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	p.	143
----------------------------------	----	-----

BIBLIOGRAFIA		151
---------------------	--	-----

INTRODUZIONE

Lo studio costituisce un contributo di ricerca nell'ambito della psicologia del marketing e della customer satisfaction applicata al settore dei servizi sanitari con un'attenzione specifica ai temi delle liste e dei tempi di attesa.

La problematica delle liste e dei tempi d'attesa caratterizza la maggior parte dei sistemi sanitari delle nazioni sviluppate in cui le innovazioni tecnologiche, le maggiori aspettative dei clienti e l'invecchiamento della popolazione hanno concorso ad aumentare la richiesta/domanda di prestazioni sanitarie. Oltre a rappresentare un fattore critico di successo per la struttura sanitaria in termini di miglioramento della qualità del servizio e di customer satisfaction, essa va a toccare una serie di diritti ritenuti ormai fondamentali e irrinunciabili da parte dei cittadini/utenti, rendendola un problema saliente, pregnante nelle aspettative degli utenti, e sempre all'ordine del giorno nelle agende politiche e sociali, nonché nelle testate giornalistiche e televisive.

In generale, tutte le Organizzazioni che presuppongono un'interazione e un contatto diretto con la propria utenza sono obbligate a confrontarsi con la tematica dell'attesa. Considerando che più del 70% degli utenti di un servizio vive sgradevolmente i tempi d'attesa (Jones & Dent, 1994) dichiarandosi persino disponibile a pagare qualcuno che lo faccia al proprio posto (Geist, 1984), si può affermare come la puntualità e la velocità di un servizio siano diventate, in misura esponenziale negli ultimi anni, degli attributi importanti del servizio stesso (Katz, Larson & Larson 1991; Lovelock & Gummesson, 2004), in grado di influenzare la soddisfazione dell'utente.

Mentre, nei primi studi, l'attesa è stata analizzata e concettualizzata secondo una prospettiva di gestione delle operazioni volta a determinare, mediante modelli matematici, la lunghezza delle file d'attesa e la durata temporale dei tempi d'attesa individuando le possibili strategie correttive e migliorative da implementare (Gross & Harris, 1985; Newell, 1982; Prabhu, 1997), in quelli più recenti, si è sottolineata in maniera crescente l'influenza dei fattori legati alla persona tra cui, ad esempio, la percezione del tempo atteso rispetto alle aspettative, i fattori intrusivi durante l'attesa, le interpretazioni del cliente sui motivi dell'attesa, i vissuti emotivi, fattori che la letteratura ha evidenziato essere connessi alla percezione dell'attesa e alla complessiva

valutazione di soddisfazione dell'utente (Cameron, Baker, Peterson & Braunsberg, 2003; Jones & Peppiatt, 1996; Maister, 1985; Nie, 2000).

L'opportunità di migliorare la comprensione dei fenomeni e delle variabili sottostanti ad una valutazione di soddisfazione per il tempo d'attesa deriva anche dalle sue possibili implicazioni a lungo termine in quanto, oltre ad influenzare la soddisfazione percepita del servizio erogato, essa potrà determinare i successivi atteggiamenti verso la struttura erogatrice, la fedeltà nei suoi confronti nonché le conseguenti intenzioni comportamentali quali il rivolgersi o meno nuovamente a quella struttura e/o il consigliarla/sconsigliarla ad altri con ripercussioni rilevanti in termini di profitti e competitività delle organizzazioni presenti sul mercato.

Relativamente alla qualità in ambito sanitario, il tempo d'attesa per ricevere una prestazione risulta essere uno dei fattori critici nel determinare la soddisfazione complessiva dei pazienti/utenti e la conseguente percezione di qualità del servizio sanitario (Houston, Bettencourt & Wenger, 1998; Stoop, Vrangbæk & Berg, 2005). Inoltre, la difficoltà nel valutare le competenze tecnico-scientifiche degli operatori o l'efficacia dei trattamenti, può spingere l'utente a preferire il riferirsi alla velocità del servizio quale indicatore di qualità e di soddisfazione della prestazione ricevuta (Eilers, 2004).

Nonostante l'importanza ormai riconosciuta all'attesa e alla sua influenza sulla customer satisfaction, sono ancora pochi gli studi che hanno contestualizzato l'attesa nel servizio sanitario, soprattutto in riferimento alla problematica delle liste e dei tempi d'attesa per ottenere una prestazione, nel tentativo di rilevarne le principali variabili coinvolte.

La presenza di un'area relativamente nuova e scarsamente indagata ha costituito la ragione per cui si è realizzata questa ricerca sull'attesa nei servizi sanitari.

L'indagine si è articolata nelle seguenti fasi. Una prima fase è consistita in un'attenta rassegna della letteratura specialistica, nazionale ed internazionale, volta ad esaminare e approfondire da un lato, la tematica della soddisfazione dell'utente e le principali variabili cognitive e affettive in grado di determinarla, dall'altro la questione dell'attesa quale esperienza psicologica alla cui definizione e percezione concorrono vari fattori di tipo individuale e ambientale. Per una migliore definizione e

comprensione del problema e la sua traduzione in specifiche ipotesi di ricerca, nell'ambito di questa fase sono stati condotti 10 focus group con operatori del settore sanitario – medici ospedalieri, medici di medicina generale, personale infermieristico e ausiliario, personale amministrativo e rappresentanti di differenti categorie di utenti – i quali hanno contribuito all'individuazione di alcune fra le variabili di maggiore importanza ed all'approfondimento delle loro relazioni.

Alla luce di quanto si è rilevato nell'ambito dei focus group e attraverso l'analisi della letteratura specialistica, si è proceduto alla realizzazione della seconda fase. Essa si propone di rilevare, mediante un'indagine quantitativa, la soddisfazione/insoddisfazione per i tempi d'attesa degli utenti dei servizi sanitari e il ruolo di alcune variabili cognitive e affettive nell'influenzarla. Tali variabili concernono le aspettative e le percezioni così come concepite nel più ampio modello della smentita/conferma delle aspettative, le attribuzioni di responsabilità in termini di locus causale interno vs esterno, il valore percepito del servizio e le reazioni emotive e affettive associate all'attesa.

Dal momento che la customer satisfaction ovvero la soddisfazione del cliente/utente unitamente alla qualità del servizio rappresentano ad oggi degli obiettivi primari e centrali nelle attuali organizzazioni sia pubbliche sia private risulta fondamentale comprendere quali variabili siano maggiormente in grado di influenzarle. Ciò appare ancora più rilevante nel contesto sanitario in virtù del maggior desiderio di coinvolgimento e di partecipazione espressi dall'utente e del legame esistente tra soddisfazione e adesione del paziente alle cure e ai trattamenti medici (Newsome & Wright, 1999).

La ricerca che viene decritta nei successivi capitoli si propone di esplorare la problematica delle liste e dei tempi d'attesa da un duplice punto di vista, quello degli operatori sanitari e quello degli utenti.

Relativamente agli utenti, un ulteriore obiettivo consta nel confermare le principali relazioni tra le variabili così come concettualizzate dai modelli di riferimento nonché nel delineare e suggerire possibili e nuove relazioni tra le stesse.

L'originalità dello studio consiste nella contestualizzazione dei costrutti e della soddisfazione alla specifica problematica dei tempi d'attesa per una prestazione sanitaria

considerando simultaneamente l'effetto di variabili sia cognitive sia affettive e dei loro effetti sulla soddisfazione.

Di notevole interesse risultano, quindi, i risultati complessivi che, a partire dalla duplice prospettiva indagata, consentono di contribuire all'analisi e all'approfondimento di un tema ancora poco approfondito a livello scientifico, nonché di dare adito a spunti e suggerimenti operativi volti a migliorare la soddisfazione degli utenti relativamente all'attesa per una prestazione sanitaria.

Nel *primo capitolo*, da una sintetica presentazione delle caratteristiche dei servizi in generale riconducibili all'intangibilità, alla variabilità e imprevedibilità della domanda, alla partecipazione del cliente al processo di produzione, erogazione e consumo, si giunge a delineare le specificità del servizio sanitario in Italia in termini di evoluzione storica e organizzativa, di mission, di principi ispiratori e di finalità prioritarie. Viene, inoltre, esplicitata la problematica delle liste e dei tempi di attesa analizzandone le possibili determinanti, i potenziali interventi correttivi e migliorativi e la normativa di riferimento. Tale analisi ha consentito una più appropriata contestualizzazione della ricerca fornendo anche utili suggerimenti per la definizione delle aree tematiche da affrontare nei focus group con gli operatori sanitari.

Nel *secondo capitolo* viene presentato il quadro teorico e concettuale di riferimento della ricerca focalizzandosi sul costrutto della customer satisfaction dalla prospettiva della psicologia del consumatore e del marketing dei servizi, sul paradigma della smentita/conferma delle aspettative e sulle principali variabili che possono influenzare la soddisfazione dell'utente.

Segue un'analisi della letteratura specifica sull'esperienza dell'attesa nei servizi finalizzata a mettere in luce le variabili coinvolte nella percezione e le possibili strategie di gestione dell'attesa. A partire dal quadro teorico emerso dall'analisi della letteratura proposta, viene sviluppato e descritto il modello per la soddisfazione dei tempi d'attesa alla base dello studio proposto.

Nel *terzo capitolo* viene esposta la prima fase della ricerca che ha previsto lo svolgimento di focus group con gli operatori sanitari. Nello specifico si descrivono la metodologia e gli strumenti di riferimento, i partecipanti coinvolti e la procedura di

analisi dei dati. I risultati, ottenuti dall'analisi del contenuto realizzata con il supporto del software NUD*IST N6, vengono rappresentati sia in maniera qualitativa sia mediante la rappresentazione grafica delle strutture gerarchiche ad albero.

Nel *quarto* capitolo si descrive la seconda fase della ricerca, di tipo quantitativo, volta a rilevare la soddisfazione per i tempi d'attesa e gli effetti su di essa prodotti dalle variabili cognitive e affettive considerate. Vengono, quindi, riportate e descritte le analisi delle proprietà psico-metriche delle scale utilizzate (attribuzione di responsabilità all'utente, agli operatori e al sistema, valore percepito associato al servizio, reazioni emotive negative dell'attesa), mediante analisi fattoriale esplorativa, affidabilità delle scale e analisi descrittive. Infine, si riportano e si discutono i risultati sugli effetti diretti e indiretti prodotti dalle variabili considerate sulla soddisfazione dell'utente per i tempi di attesa.

Nel *quinto* capitolo, alla luce dei risultati emersi dai focus group con gli operatori sanitari e dall'indagine quantitativa con gli utenti dei servizi sanitari, si riportano alcune considerazioni conclusive unitamente alla individuazione di potenziali linee d'intervento volte a migliorare la valutazione di soddisfazione per i tempi d'attesa da parte dell'utente, nonché i possibili sviluppi in termini teorici e applicativi della ricerca ivi presentata.

CAPITOLO PRIMO

LISTE E TEMPI D'ATTESA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1. L'ATTESA NEL CONTESTO DEI SERVIZI

Tutte le Organizzazioni che presuppongono un'interazione e un contatto diretti con la propria clientela sono obbligate a confrontarsi con la tematica dell'attesa: i clienti attendono per un servizio in un'ampia varietà di contesti, dalle banche agli esercizi commerciali, dalle sale d'attesa di un ospedale al ristorante, situazioni accomunate dalla constatazione generale che al cliente non piace aspettare.

Considerando che più del 70% dei clienti di un servizio vive sgradevolmente i tempi d'attesa (Jones & Dent, 1994), si può affermare che l'attesa è diventata oggi una componente imprescindibile della vita moderna; si possono attendere minuti, ore, giorni o mesi per ricevere un servizio; si può attendere prima, durante o dopo l'acquisto di un prodotto e/o l'erogazione di un servizio; si può attendere perché c'è una fila, un ritardo o perché si arriva in anticipo ad un appuntamento. Per la maggior parte dei clienti, aspettare per un servizio rappresenta comunque un'esperienza negativa (Scotland, 1991) al punto tale da dirsi disponibili a noleggiare/assumere qualcuno che lo faccia al proprio posto (Geist, 1984).

L'attesa può verificarsi nelle operazioni di erogazione sia di un prodotto sia di un servizio. Relativamente ai servizi, si evidenziano alcune caratteristiche.

Normann (1992) definisce il servizio un insieme di benefici tangibili e intangibili nonché espliciti ed impliciti, aspetti richiamati nella definizione data da Barbarino e Lonardi (1997, p.5) di servizio come “strumento di soddisfacimento dei bisogni e dei desideri, sia espliciti sia impliciti, di un cliente”.

Oltre all'intangibilità e all'inseparabilità delle fasi di produzione e di consumo, i servizi si caratterizzano per l'eterogeneità della domanda che richiede di modulare e adattare la performance alle singole esigenze del cliente, per la difficoltà di prevedere una domanda altamente variabile e per la partecipazione del cliente in tutte le fasi di

produzione, erogazione e consumo; partecipazione che viene agita mediante l'esplicitazione dei propri bisogni e desideri, il coinvolgimento attivo nell'attività stessa di erogazione e la valutazione della qualità del servizio ricevuto (Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1993).

Dal momento che il cliente/utente vive il servizio in tutte le sue fasi, produzione, erogazione consumo, la sua esperienza e valutazione relativa al servizio rappresenta il risultato dell'interazione tra l'utente stesso, gli operatori e l'organizzazione (Zeithaml & Bitter, 2002) e non una semplice valutazione del risultato finale. Diverse sono, quindi, le variabili di tipo sia cognitivo, sia affettivo, sia motivazionale, riconducibili alla natura soggettiva dei processi valutativi, che potranno incidere su una valutazione di soddisfazione con un effetto significativamente maggiore rispetto agli indicatori di performance oggettivi.

Relativamente al tema dell'attesa per un servizio, si nota come esso abbia acquisito con il passare degli anni un ruolo centrale nel più ampio contesto della customer satisfaction.

Diversi studi mostrano il ruolo del tempo d'attesa nel determinare l'insoddisfazione del cliente il quale, ritenendo il tempo atteso inaccettabile, giunge a percepire e a valutare il servizio come di bassa qualità (Chebat & Filiatrault, 1993; Gopalakrishna & Mummalaneni, 1993; Tom & Lucey, 1995, 1997). La persona considera il tempo una risorsa di valore da non sprecare e valuta i costi associati ad esso, ragione per cui l'esperienza dell'attesa è diventata non solo un inconveniente che causa frustrazione ma anche un motivo su cui basare il comportamento e le future decisioni di acquisto, con evidenti ripercussioni a lungo termine sulla produttività, la sostenibilità e la stessa sopravvivenza delle organizzazioni.

In tale prospettiva si nota il maggior interesse da parte delle organizzazioni che erogano servizi ad individuare strategie correttive e migliorative volte a ridurre da un lato la durata temporale dell'attesa e dall'altro la percezione di insoddisfazione associata al tempo d'attesa da parte degli utenti.

Una strategia comunemente utilizzata per migliorare l'esperienza di attesa del cliente consiste nel ridurre la durata temporale dell'attesa mediante tecniche di gestione delle operazioni (ad esempio usando un maggior numero di erogatori del servizio, affidandosi a strumenti tecnologici risparmia-tempo, ...); molti sforzi sono stati fatti allo

scopo di implementare modelli di “file” e “code” efficienti e di pianificare strategie migliorative mediante l'uso di modelli matematici (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2001; Jones & Dent, 1994). Tuttavia, poiché la domanda per un servizio non è sempre prevedibile e poiché, a differenza dei prodotti, i servizi non possono essere prodotti e immagazzinati in eccesso, l'attesa è inevitabile.

La difficoltà di ottenere “zero difetti” nel contesto dei servizi ha condotto negli anni a porre una maggior attenzione verso i processi alla base della percezione dell'attesa. Se non si può controllare la durata temporale dell'attesa, allora si tenterà di gestire l'esperienza psicologica dell'attesa e la sua percezione da parte del cliente (Cameron, Baker, Peterson & Braunsberg, 2003; Dube, Schmitt & Leclers, 1991; Maister, 1985; Taylor, 1994).

Uno dei contesti in cui la tematica dell'attesa assume una connotazione di problematicità e criticità è quello sanitario in riferimento alle liste d'attesa per una prestazione. Il crescente richiesta di aumento di livello di benessere della popolazione, soprattutto occidentale, comporta un incremento della domanda nei riguardi del settore sanitario il cui sviluppo se, da un lato ha migliorato i livelli di vita raggiunti, dall'altro ha moltiplicato la richiesta di servizi e di aspettative sempre più elevati con la conseguente difficoltà da parte delle strutture sanitarie a rispondervi in maniera adeguata. Tale situazione può a sua volta produrre conseguenze negative sulla qualità e sulla soddisfazione percepita dai clienti/utenti, ad oggi obiettivi irrinunciabili e particolarmente sentiti nel settore pubblico, di cui il servizio sanitario italiano è un esempio. Un servizio di tipo pubblico, infatti, svolge un'azione dalle forti implicazioni socio-economiche in quanto è rivolta essenzialmente a favore dei cittadini, considerati sia singolarmente sia collettivamente, nel più ampio contesto del “bene comune” (Cherubini, 1996; Vinagre & Neves, 2002).

A tal proposito segue una descrizione del servizio sanitario italiano, della sua mission, degli obiettivi, del suo funzionamento generale nonché una definizione delle liste d'attesa in sanità, delle possibili cause sottostanti e dei potenziali interventi correttivi e migliorativi implementabili.

2. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE IN ITALIA E IL DIRITTO ALLA SALUTE

Il Servizio Sanitario Nazionale rientra nell'ambito dei modelli di tipo universalistico e pubblico, la cui caratteristica saliente consiste nel tutelare il diritto alla salute di tutti i cittadini presenti sul territorio nazionale che presentano un problema di salute o richiedono una prestazione sanitaria.

Il diritto alla salute è un diritto assoluto sancito dall'articolo 32 della Costituzione Italiana secondo cui "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti" e la cui tutela è esperibile *erga omnes*.

L'espressione "diritto alla salute" riassume una varietà di situazioni giuridiche soggettive quali il diritto all'integrità psico-fisica e quello ad un ambiente salubre, il diritto a ricevere prestazioni sanitarie, alle cure gratuite per gli indigenti, alla scelta del medico nonché il diritto a non ricevere prestazioni sanitarie che non siano non previste per legge, a tutela oltre che della persona destinataria, anche della collettività e dell'interesse pubblico.

Diritto fortemente affermato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nella Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo nel 1948 e ribadito nella Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea in termini di accesso alla prevenzione sanitaria e alle cure mediche secondo le condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. In tale direzione il Consiglio Europeo nel 2002 ha semplificato le procedure di autorizzazione all'accesso alle cure sanitarie all'estero, in particolare, nei casi di urgenza e qualora vengano superati i limiti degli standard dei tempi d'attesa (Buzzanca, 2006), sottolineando come la tematica delle liste e dei tempi d'attesa coinvolga sempre più anche gli altri Paesi membri dell'Europa.

2.1. L'evoluzione del SSN: dalle casse mutue ad oggi

I cambiamenti istituzionali, sociali, demografici e tecnologici hanno da sempre caratterizzato l'erogazione delle prestazioni sanitarie in Italia, così come in tutta l'Europa.

Il Servizio Sanitario Nazionale è sorto per dare attuazione al diritto di ricevere prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione attraverso l'interazione fra pubblici poteri e, in determinati casi, anche fra istituzioni pubbliche e private (Feola & Di Corato, 2006).

Nell'ordinamento italiano, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta “il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali svolte dai servizi sanitari regionali, dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale e dallo Stato, volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana” (D.Lgs. 502/1992). Il termine, chiaramente ispirato al National Health Service (NHS) britannico nato venti anni prima, è stato introdotto con la legge n. 833 del 1978 (la cosiddetta Prima Riforma Sanitaria) che ha consentito di dare attuazione all'art. 32 della Costituzione che sancisce il diritto alla salute di tutti i cittadini: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

La legge del 1978 costituisce il punto di arrivo e di partenza per un costante lavoro di modificazione dell'organizzazione sanitaria nel nostro Paese, le cui caratteristiche fondamentali sono l'universalità del sistema riguardante la totalità della popolazione, l'uniformità delle prestazioni garantite a tutti gli interessati e la fiscalità unificata dal momento che un solo contributo copre l'insieme dei possibili rischi.

Precedentemente a tale data, l'assistenza sanitaria aveva un carattere filantropico essendo legata all'iniziativa privata e, in particolar modo, alle organizzazioni religiose e successivamente affidata ad una serie di numerosi enti mutualistici o casse mutue, ciascuno competente per una determinata categoria di lavoratori.

Il diritto alla salute, quindi, non era associato all'essere cittadino quanto all'essere lavoratore o suo familiare. La garanzia del diritto a fruire dei servizi sanitari per tutti viene resa operativa con l'istituzione del SSN nel 1978.

Il SSN viene a configurarsi come “il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali, e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio” (articolo 1 della Riforma sanitaria, Legge n. 833, 1978).

Tuttavia, si evidenziano sin dall'inizio alcuni ostacoli: oltre ad alcune carenze legislative e finanziarie, emerge con forza il problema delle *liste d'attesa* per diverse prestazioni e la conseguente sensazione di disagio e fastidio dei cittadini nonché insoddisfazione rispetto alla qualità dei servizi offerti (Feola & Di Corato, 2006).

A tali ostacoli tenderanno di dare una risposta le successive riforme sanitarie del 1992 e del 1999.

La caratteristica fondamentale della seconda riforma sanitaria "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*" (D.lgs 502/92) riguarda il processo di aziendalizzazione delle USL e la loro conversione in ASL ovvero aziende sanitarie locali o Aziende Ospedaliere a tutela della salute con finalità pubbliche e dotate di personalità giuridica e autonomia amministrativa ed economica. Gestire le strutture sanitarie secondo una logica aziendalistica rappresenta un'occasione importante per acquisire, attraverso la riorganizzazione e la ristrutturazione dei processi produttivi e gestionali, una serie di vantaggi competitivi in termini di una migliore qualità del servizio da erogare al cittadino (Ripa, 1996).

Con la terza riforma sanitaria "*Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*" (D.lgs 229/1999) si ribadisce l'importanza del SSN quale mezzo/strumento attraverso cui garantire l'attuazione dell'articolo 32 della Costituzione ovvero la tutela della salute, sia come diritto dell'individuo, sia come interesse della collettività nonché la garanzia a tutti i cittadini dei livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale, nel rispetto dei principi di equità, di uguaglianza e di appropriatezza clinica ed economica.

Il principale cambiamento introdotto dal decreto del 1999 concerne il nuovo rapporto del SSN con i medici ospedalieri orientato a raggiungere in tempi brevi l'esclusività di rapporto; tale esclusività sarà successivamente messa in questione, consentendo al medico di ampliare nuovamente gli spazi per esercitare la propria professione.

Come precedentemente affermato, ancora oggi il SSN poggia le basi sui principi della responsabilità pubblica della salute, dell'universalità ed equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie, della copertura a tutta la popolazione tenendo conto dei bisogni assistenziali di ciascuno, del finanziamento pubblico solidale e della libertà di scelta da

parte del cittadino del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e di quelle private accreditate.

Il governo del SSN è affidato alla competenza legislativa concorrente Stato-Regioni, come stabilito dalla recente modifica della Carta Costituzionale (Legge n. 3/2001 di riforma del Titolo V della seconda Parte della Costituzione).

Nello specifico allo Stato spetta il compito di determinare, all'interno della programmazione e della pianificazione del Piano Sanitario Nazionale, i livelli essenziali di assistenza (LEA) da garantire uniformemente su tutto il territorio e alle Regioni di tutelare la salute legiferando in materia, pur sempre nel rispetto delle norme nazionali e dei livelli essenziali di assistenza stabiliti.

Nel più recente Piano Sanitario Nazionale (PSN 2006-2008) viene ribadita la volontà di mantenere costanti le caratteristiche principali del SSN (universalità, gratuità per le prestazioni appropriate garantite uniformemente sul territorio, libertà di scelta dell'utente, pluralismo degli erogatori) con una particolare attenzione al tema dell'equità da intendersi come capacità del sistema di assicurare le cure e le prestazioni sanitarie indipendentemente dalle disuguaglianze sociali e territoriali.

2.1.1. I livelli essenziali di assistenza – LEA

Collante del sistema sanitario sono i livelli essenziali di assistenza. I LEA (D.lgs. 502/1992) rappresentano, infatti, le prestazioni e i servizi sanitari garantiti a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, che evidenze scientifiche e cliniche hanno dimostrato apportare un beneficio in termini di salute individuale e collettiva; ne sono escluse, quindi, quelle prestazioni per cui non esiste una necessità assistenziale, la cui efficacia non è dimostrabile e che, a parità di beneficio per l'individuo, implicano maggior impiego di risorse e costi più elevati. Dal momento che i LEA si propongono di soddisfare gli obiettivi di salute del Paese, essi richiedono continui aggiornamenti in virtù dei cambiamenti delle condizioni di salute della popolazione e dei bisogni sanitari emergenti nonché delle evoluzioni tecnologiche e del sapere scientifico.

Nello specifico, il Piano consente di rilevare le disuguaglianze a livello di offerta e di domanda cercando, al contempo, di rimuovere i principali ostacoli al diritto del cittadino/utente di fruire delle prestazioni essenziali. Ostacoli che vanno dalla scarsa diffusione di taluni servizi sul territorio nazionale alla distribuzione non omogenea di

alcune prestazioni specialistiche e ad alta complessità e alla lunghezza delle liste e dei relativi tempi di attesa.

Il più recente Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M 29 novembre 2001) organizza i LEA in tre categorie, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Esso stabilisce per le Regioni e le Province Autonome di indicare i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni basati su valutazioni di appropriatezza e di urgenza finalizzati a garantire l'uniformità, la trasparenza e la corretta gestione delle liste, di adottare iniziative volte a responsabilizzare i medici prescrittori al fine di ottimizzare il rapporto domanda-offerta, di fissare e aggiornare i tempi massimi di attesa per quelle prestazioni diagnostiche e terapeutiche valutate come urgenti, nonché di implementare sistemi di monitoraggio delle liste e di assegnazione negativa della retribuzione in caso di inosservanza dei tempi massimi stabiliti (Feola & Di Corato, 2006).

Il diritto dei cittadini a fruire delle prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza può essere ostacolato dalle liste di attesa e dai relativi tempi per la loro concreta erogazione, comportando conseguentemente la negazione di un diritto garantito dalla Costituzione e il verificarsi di fenomeni di disuguaglianza tra i cittadini che possono o meno rivolgersi al privato nonché l'eccessivo protrarsi delle spese assistenziali, i possibili danni alla salute e il peggioramento della qualità di vita, soprattutto per i soggetti più deboli come gli anziani. Per tale motivo, obiettivo primario delle strutture sanitarie è quello di garantire tempi di accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici presentati, nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità e appropriatezza delle cure e dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. LISTE E TEMPI D'ATTESA NEL SSN

La problematica relativa alla gestione dei tempi e delle liste d'attesa caratterizza la maggior parte dei sistemi sanitari delle nazioni sviluppate, il cui fine consiste nell'assicurare la copertura universale delle prestazioni sanitarie in una più ampia prospettiva di tutela di diritti fondamentali della persona, quali il diritto alla salute,

l'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni, l'appropriatezza delle cure e la garanzia di trasparenza delle procedure (Hurst & Siciliani, 2003; Siciliani & Hurst, 2005).

Quindi, oltre a rappresentare un fattore critico di successo per la struttura sanitaria in termini di miglioramento della qualità del servizio e della customer satisfaction, la *tematica delle liste d'attesa* va a toccare una serie di diritti ritenuti ormai fondamentali e irrinunciabili da parte dei cittadini/utenti, rendendola così un problema saliente, pregnante nelle aspettative degli utenti stessi, e sempre all'ordine del giorno nelle agende politiche e sociali, nonché nelle testate giornalistiche e televisive.

Salienza che viene accentuata dal nuovo ruolo del paziente, non più passivo e privo di informazioni bensì sempre più attivo, centrale, partecipativo e coinvolto nelle decisioni e nelle procedure assistenziali, ma a volte anche sbilanciato nelle sue richieste e portatore di nuovi modelli "consumeristici", amplificati e intensificati dai media, in ambito sanitario (Neuberger, 2000).

Il nostro SSN pur risultando di alti livelli qualitativi non riesce talora a garantire l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie, basti pensare alla problematica delle liste di attesa, al doppio canale delle prestazioni private a pagamento, alle differenze quali e quantitative nei servizi erogati nelle varie aree territoriali, agli sprechi e all'inappropriatezza delle richieste e delle prestazioni (Ministero della Sanità, 2001).

Il Monitor Biomedico (Censis, 2006) ha analizzato aspetti importanti del rapporto dei cittadini italiani con la propria salute e con il Servizio Sanitario; rilevante a tale proposito è il dato che vede gli italiani (67,5%) e, in misura maggiore i residenti del Nord-Est (75,5%), compatti nel considerare quello della lunghezza delle liste d'attesa come la problematica più urgente e primaria del servizio sanitario pubblico.

Il fenomeno delle liste e dei tempi d'attesa per ottenere una prestazione sanitaria (sia essa una visita specialistica, un esame diagnostico o una prestazione chirurgica) riguarda, seppur con diversi livelli di problematicità, quasi la metà dei Paesi dell'OECD come evidenziato da una recente ricerca comparativa in Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Olanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Spagna, Svezia e Regno Unito (Siciliani & Hurst, 2005). Sempre in termini di comparazione europea, l'Health Consumer Powerhouse ha indicato l'Austria come il Paese europeo con il sistema sanitario più soddisfacente dal punto di vista dei consumatori, in grado di garantire terapie e farmaci innovativi, liste d'attesa accettabili e informazione adeguata ai bisogni

dell'utente, seguita dalla Francia e dai Paesi Bassi, vincitori rispettivamente nel 2006 e nel 2005. L'Italia, invece, pur offrendo buoni servizi sanitari si colloca negativamente per quanto riguarda i tempi di attesa, lo scarso coinvolgimento e il basso livello di informazione dei pazienti, nonché per le disuguaglianze derivanti dalla possibilità o meno dei pazienti di ricorrere al servizio privato per far fronte alle carenze del servizio pubblico (HCP, 2007).

Ciò che si auspica a livello europeo è l'integrazione, nei sistemi sanitari dei Paesi membri, di una serie di principi proposti nella Carta di Lubiana sulle riforme della sanità (OMS, 1996) poichè funzionali al raggiungimento degli obiettivi della campagna "Salute per tutti" (Health21: La salute per tutti nel 21 secolo, 1998). In tale prospettiva, i sistemi sanitari dovrebbero essere guidati dai valori, tra cui la dignità, la solidarietà e l'equità, orientati a proteggere e promuovere la salute, centrati sulla popolazione e sulle attese ed esigenze dei cittadini, centrati sulla qualità, basati su un adeguato finanziamento che sia sostenibile per permettere l'erogazione a tutti i cittadini e, infine, orientati all'assistenza sanitaria di base. Il fenomeno delle liste e dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie risulta, quindi, trasversale e intersecante i principi sopra-presentati.

3.1. Normative e linee guida in tema di liste d'attesa

La crescente attenzione rivolta alla problematica delle liste d'attesa è ben sottolineata anche dai numerosi provvedimenti e richiami alla riduzione delle stesse da parte delle istituzioni politiche.

Dal momento che l'obiettivo principale del SSN è garantire a tutti i cittadini la tutela della salute, l'equità nell'accesso alle prestazioni e la fruizione di livelli essenziali ed uniformi di attesa, una lunghezza eccessiva delle liste e dei tempi d'attesa costituisce un evento fortemente critico anche per le potenziali ripercussioni negative in termini di qualità del servizio e di soddisfazione percepite dal paziente/utente (Derlet & Richards, 2000).

Non necessariamente da considerare in termini negativi, la lista d'attesa rappresenta in realtà un fenomeno che richiede di essere gestito e regolato in modo da rendere operativi i valori etico-sociali fondanti il SSN in una prospettiva di

appropriatezza clinica e organizzativa, ovvero garantendo al cittadino prestazioni efficaci, nella giusta quantità e in tempi congruenti alle effettive necessità assistenziali.

Le liste e i tempi d'attesa hanno acquisito un peso sempre crescente nell'ambito dei servizi sanitari, fino a diventare componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto in grado di influenzare con buona probabilità il risultato clinico delle prestazioni sanitarie e la condizione di vita sociale dei cittadini. Questi ultimi investono sempre maggiore attenzione nei confronti della tutela della propria salute, hanno capacità di influire sulle scelte sanitarie in quanto dotati di maggiori conoscenze e non sono più disponibili a svolgere un ruolo passivo nel processo diagnostico-terapeutico (Neuberger, 2000).

In ambito sanitario le molteplici specificità e complessità rendono il tema dei tempi di attesa assai diverso da quello che osserviamo al momento di un qualsiasi altro tipo di prenotazione. Le specificità riguardano principalmente il bene oggetto implicito della richiesta, cioè la tutela della salute e la sua rilevanza individuale e collettiva.

In Italia, nonostante i recenti sforzi adottati in senso correttivo e migliorativo, la situazione delle liste d'attesa risulta essere alquanto disomogenea con aree virtuose affiancate da aree molto critiche nonché di notevole salienza nelle aspettative dei cittadini. Ad oggi sono ancora molte le prestazioni sanitarie, siano esse visite specialistiche, interventi chirurgici, esami strumentali, la cui erogazione richiede dei tempi tali da limitare la garanzia dell'equità di accesso e la fruizione dei livelli essenziali di assistenza da parte degli utenti e la conseguente percezione di scarsa qualità del servizio sanitario. Esse minano quelle che sono le caratteristiche salienti del sistema sanitario, ovvero l'equità e l'universalità danneggiando nel contempo la gestione pubblica del SSN dal momento che incrementano il ricorso a strutture sanitarie private in grado di offrire le medesime prestazioni in tempi più rapidi.

In tale direzione si colloca il Dpcm del 16 aprile 2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa". Nel Decreto le Regioni, in casi di urgenza e di sovraccarico delle liste di attesa, devono garantire da una parte forme di incentivi alle équipe sanitarie che rispettano i tempi di attesa, dall'altra, prevedere l'espletamento di prestazioni libero professionali del personale dipendente al di fuori dell'orario di servizio senza superare quelle rese in

regime ambulatoriale nonché la stipula di contratti a termine con liberi professionisti accreditati.

Nella Conferenza Stato-Regioni del 2002 “Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche sui tempi massimi di attesa” vengono definiti degli standard di attesa che le strutture sanitarie devono garantire su tutto il territorio nazionale relativamente ad alcune prestazioni particolarmente critiche e clinicamente rilevanti. Si sottolinea, in particolare, l’importanza della definizione dei criteri di priorità quale strumento di garanzia al cittadino di un accesso equo ed omogeneo. Tali criteri, sempre secondo l’accordo, vanno valutati tenendo conto della severità del quadro clinico, della prognosi, della tendenza al peggioramento, della presenza di dolore o deficit funzionale, delle implicazioni sulla qualità della vita, di particolari condizioni che richiedono un trattamento da erogarsi in tempi prefissati e di speciali caratteristiche del paziente dichiarate dal medico prescrittore.

Nello specifico vengono individuate 3 classi di priorità per l’assistenza ambulatoriale (Fig. 1) e 4 classi di priorità per il ricovero (Fig. 2) relativamente alle prestazioni di particolare rilevanza, quelle per cui si registrano dei tempi d’attesa elevati.

Le Regioni individuano autonomamente le prestazioni ambulatoriali e di ricovero e le condizioni cliniche specifiche da inserire nelle suddette classi tenendo in considerazione quelle prestazioni o quei servizi in cui le liste raggiungono tempi di attesa superiori ai valori standard regionali e/o nazionali, che presentano un’alta complessità diagnostica terapeutica o un alto valore socio-sanitario e per le quali viene richiesta una certa tempestività di esecuzione.

A livello ambulatoriale, le prestazioni critiche e rilevanti, definite prestazioni “traccianti”, concernono la risonanza magnetica, la tac cerebrale, l’ecodoppler, la visita cardiologica, la visita oculistica, l’esofagogastroduodenoscopia e l’ecografia dell’addome. Per i servizi di ricovero le prestazioni chirurgiche di carattere elettivo maggiormente problematiche sono l’intervento di cataratta, di protesi dell’anca e la coronarografia.

Un’attenzione particolare è stata posta nel fissare tempi d’attesa massimi in relazione all’iter diagnostico per sospetta neoplasia, che richiede rapidità e tempestività nella diagnosi e nella terapia affinché si raggiungano buoni risultati in termini di guarigione, miglioramento della qualità della vita e di tassi di sopravvivenza. In questo

caso la prima visita va garantita entro due settimane dalla richiesta, l'intervento di asportazione di neoplasia maligna così come l'inizio del trattamento chemio/radioterapico entro trenta giorni dalla richiesta dello specialista. In riferimento ai tempi di accesso alle cure anticancro si sottolineano gli ottimi risultati raggiunti dal nostro Paese secondo la rilevazione dell'Health Consumer Power (2007): più della metà dei casi non superano i 21 giorni mentre in Paesi come la Gran Bretagna, la Finlandia e l'Irlanda più del 50% dei casi aspetta oltre le tre settimane.

Figura 1. Le classi di priorità per l'assistenza ambulatoriale.

Classi di priorità per l'assistenza ambulatoriale	Indicazioni
Classe A	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
Classe B	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
Classe C	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

Figura 2. Le classi di priorità per il ricovero.

Classi di priorità per il ricovero	Indicazioni
Classe A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
Classe B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o grave inabilità, ma che non presentano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
Classe C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o inabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
Classe D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o inabilità. Devono comunque essere effettuati entro 12 mesi.

3.2. Le liste d'attesa nella relazione domanda – offerta

Nel contesto sanitario, la lista di attesa rappresenta il *luogo* in cui vengono agiti i valori etico-sociali su cui si fonda il SSN italiano, quali appunto l'equità di accesso, l'appropriatezza clinica e organizzativa secondo il principio del “fare la cosa giusta al momento giusto”.

Una *lista d'attesa* può essere definita come la numerosità della domanda registrata per una prestazione in rapporto al tempo di soddisfacimento della stessa. Tale *tempo d'attesa* è misurato come intervallo tra il momento della registrazione della richiesta della prestazione formulata all'erogatore e quello dell'esecuzione; può essere prospettato (esplicitato al momento della prenotazione come data prevista di esecuzione della prestazione) o effettivo ovvero calcolato successivamente all'erogazione della prestazione (Ministero della Sanità, 2001).

Un generico percorso del paziente nel sistema sanitario prevede una fase di ingresso nel sistema rappresentata dall'erogazione di una prestazione ambulatoriale o diagnostica in seguito ad una consultazione con il medico di medicina generale (MMG); effettuata la prestazione, il paziente che non presenta urgenze e non richiede ulteriori accertamenti viene rinviato al proprio medico, il paziente qualificato come urgente verrà trattato senza proroghe temporali, il paziente per cui l'intervento successivo può essere programmato e differito nel tempo sarà inserito in una lista di attesa relativa alla prestazione di cui necessita.

Particolari situazioni cliniche, quindi, quali le emergenze mediche e chirurgiche, i trapianti di organo e i programmi di screening e il controllo programmato, richiedono una diversa valutazione differenziandosi dall'attesa per accertamenti di carattere generale e specialistico che rappresentano le prestazioni maggiormente richieste dagli utenti e, di conseguenza, le più problematiche.

Le liste d'attesa presentano diverse sfaccettature riconducibili a una loro diversa interpretazione (Grilli, 2003). Secondo un modello esplicativo generale, esse vengono concepite come il risultato dello squilibrio tra una domanda eccessiva e un'offerta di prestazioni insufficiente. Più nel dettaglio, esse possono essere considerate come l'esito dell'applicazione di criteri clinici di priorità e, pertanto, giudicate non tanto come fenomeno patologico quanto come espressione di una razionalità clinica che permette di

garantire l'accesso in tempi più brevi a chi ne ha più bisogno; possono, secondo un'ulteriore interpretazione, assumere il ruolo di riserva fisiologica di pazienti disponibili al trattamento consentendo la piena operatività dei servizi anche nei momenti di minori attività.

Più che un aspetto necessariamente negativo del servizio sanitario, le liste d'attesa rappresentano un fenomeno che richiede di essere governato e regolato nel più ampio contesto della relazione tra domanda e offerta (Grilli, 2003).

Sia la domanda sia l'offerta sono soggetti ai cambiamenti nel tempo legati ai fattori socio-demografici, economici nonché inerenti il sapere scientifico e l'evoluzione tecnologica.

La domanda risulta influenzata da diversi fattori: lo stato di salute della popolazione, le aspettative del cliente, gli incentivi economici quali la compartecipazione del paziente, la percentuale di pazienti che dispone di un'assicurazione medica privata e i costi del servizio sanitario privato.

L'offerta dipende dalla capacità e dalla produttività sia del servizio sanitario pubblico che privato, dall'avanzamento della tecnologia medica che determina il range di ciò che è trattabile e curabile, dallo sviluppo professionale e scientifico del settore.

Diverse politiche sanitarie hanno cercato di risolvere il problema delle liste agendo principalmente sul versante dell'offerta mediante l'incremento delle risorse, delle prestazioni e dei volumi di offerta, constatando però una riduzione delle liste di attesa e un miglioramento del servizio limitatamente ad un periodo molto breve cui seguiva una riacutizzazione del problema (Ministero della Sanità, 2001; Siciliani & Hurst, 2005). Tale risultato ha condotto a sviluppare nuove direttrici di lavoro orientate alla riorganizzazione ottimale delle risorse, alla comprensione dei fattori che possono incidere sull'attesa e alla responsabilizzazione dei cittadini ad un uso corretto e appropriato dei servizi sanitari.

3.3. Le determinanti delle liste e dei tempi d'attesa

Come ben evidenziato dalla Relazione finale "Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel S.S.N." redatta dal Ministero della Sanità (2001), la problematica delle liste e dei tempi di attesa è riconducibile a molteplici cause che interagiscono tra di loro.

Alcune di esse risultano maggiormente connesse al *contesto* socio-economico culturale ovvero alla struttura della domanda quali l'invecchiamento demografico, la maggiore sopravvivenza della popolazione anche in virtù dei successi sanitari e terapeutici, la nascita di nuovi modelli di consumo sanitario e la maggiore attenzione rivolta alla prevenzione e al mantenimento della salute sostenute anche da una maggiore informazione e comunicazione ai cittadini sui temi sanitari.

Altre si collegano al *sistema* sanitario, ovvero all'offerta del servizio in termini di sistemi di prenotazione e di informazione, di adozione di normative specifiche, di tariffe e tetti programmati ai volumi erogabili; agli *erogatori* in termini di efficienza, gestione delle liste, attrazione della domanda; alla *prestazione* la quale può essere eseguita o meno da differenti operatori, può risultare concentrata in poche strutture in quanto innovativa o richiedente delle tecnologie specifiche.

Infine, un'altra determinante è rappresentata dal *paziente*: le condizioni cliniche e di gravità/urgenza della prestazione, le preferenze personali verso certi medici e/o strutture anche per condizioni di comodità e di logistica, il livello di conoscenza dei servizi sanitari, la maggior consapevolezza del proprio ruolo di cliente, gli aspetti di tipo socio-economico e culturale, gli aspetti psicologici e comportamentali connessi alla percezione, le aspettative, l'ansia e la preoccupazione associate all'attesa.

Alla luce delle possibili determinanti, diversi sono stati e possono essere gli interventi adottati dalle strutture sanitarie allo scopo di far fronte alla problematica delle liste e dei tempi d'attesa.

3.4. I possibili interventi correttivi e migliorativi

Varie sono le strategie che possono essere utilizzate per ridurre o gestire i tempi di attesa; esse possono affrontare il problema influenzando l'offerta e la domanda di prestazioni o agendo direttamente sui tempi d'attesa.

Nella pratica le strategie sono state spesso utilizzate in combinazione e in sinergia ed è spesso difficile valutare l'effetto di ciascuna di esse o identificare quella che ha rivestito un ruolo maggiore nell'influenzare i tempi di attesa (Siciliani & Hurst, 2005).

In generale, tali strategie si suddividono in interventi volti a razionalizzare l'offerta, interventi che agiscono sia sull'offerta che sulla domanda e interventi volti a razionalizzare la domanda.

3.4.1. Interventi volti a razionalizzare l'offerta

Aumentare e razionalizzare il volume dell'offerta rappresenta la strategia più semplice e veloce per offrire agli utenti un maggior numero di prestazioni con un minor tempo d'attesa; tuttavia, gli effetti positivi sono limitati nel tempo dal momento che ad un aumento dell'offerta corrisponde un successivo aumento della domanda.

Nella ricerca comparativa dell'OECD si descrivono diverse strategie mirate a incrementare l'offerta attuate nell'ambito di alcuni dei Paesi presi in esame (Siciliani & Hurst, 2005).

Dal momento che molti Paesi sono caratterizzati da un servizio pubblico finanziato dallo Stato, si è tentato di affrontare il problema dei tempi d'attesa incrementando temporaneamente la quantità di risorse finanziarie attribuite alle strutture sanitarie allo scopo di generare attività extra.

Data la natura dinamica e mutevole dei tempi e delle liste di attesa (Van Ackere & Smith, 1999), un aumento temporaneo delle attività può aver un effetto limitato nel tempo. Inoltre, la strategia dell'aumento delle risorse comporta una serie di svantaggi connessi al timore da parte degli ospedali di veder ritirare i fondi una volta raggiunto l'obiettivo della riduzione dei tempi d'attesa (Iversen, 1993) e alla difficoltà nel distinguere l'attività ordinaria da quella straordinaria (Gonzalez-Busto & Garcia, 1999).

Un'altra strategia di azione sull'offerta consiste nell'aumentare la produttività delle esistenti unità operative ambulatoriali e ospedaliere mediante un finanziamento basato sull'attività e/o riformulando i contratti degli specialisti.

In Spagna i compensi extra (circa 2% del salario) attribuiti ai medici che raggiungevano una diminuzione nei tempi di attesa hanno contribuito a stabilizzare la riduzione dei tempi di attesa (Pancorbo & Moral, 2002). Un'ulteriore strategia consiste nel provare a limitare la possibilità per i medici di svolgere la doppia professione ovvero di lavorare sia nell'istituzione pubblica sia in quella privata, rinforzando l'esclusività del rapporto tra il pubblico impiego e lo specialista. Diverse ricerche hanno evidenziato come i medici specialisti che lavorano nel pubblico possono avere dei benefici dal

mantenere lunghi tempi di attesa nel pubblico dando una maggior spinta alla domanda per la loro attività privata (Iversen, 1997; Yates, 1987; Morga & Xavier, 2001). La doppia professione è comune in diversi paesi dell'OECD, in Danimarca, Inghilterra, Irlanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Spagna, Svezia, Australia, Finlandia e Italia (Hurst & Siciliani, 2003). In Italia la libera professione intramuraria dei medici, alla luce delle recenti normative in materia (D.Lgs 229/99, DPCM del 27 maggio 2000) deve integrarsi e non superare l'attività istituzionale, tutelando da una parte il diritto dei medici specialisti ad esercitare la libera professione e, dall'altra il diritto dei cittadini ad accedere alle prestazioni necessarie indipendentemente da quelle che sono le proprie disponibilità economiche. Per tale motivo sono stati auspicati sistemi di prenotazione differenziati per le due attività nonché l'utilizzo a pagamento della libera professione da parte dell'azienda stessa, e non del cittadino, al fine di far fronte a situazioni di particolare urgenza.

Un'ulteriore strategia di razionalizzazione dell'offerta consiste nell'aumentare la produttività del settore pubblico attraverso una gestione più efficace delle liste d'attesa, potenziando la capacità sia del settore pubblico sia di quello privato e indirizzando i pazienti verso strutture all'estero.

In Australia, ad esempio, si è cercato di ridurre i tempi d'attesa eliminando le inefficienze nella gestione delle liste mediante una combinazione di diverse attività: introduzione di servizi di ammissione e di pre-ammissione, ottimizzazione dello stato di salute del paziente precedentemente all'ammissione, facilitazione dell'accesso in day-surgery, e delle operazioni di accettazione, educazione e informazione ai pazienti e alle famiglie sulle procedure ospedaliere, informatizzazione e disponibilità dei dati inerenti i pazienti a tutto il personale medico. Un follow-up a distanza di 18 mesi ha evidenziato come il 61% delle strutture ospedaliere coinvolte nel progetto abbia raggiunto complessivamente una maggiore efficienza (National Demonstration Hospitals Program, 1997).

Alcuni Paesi, fra cui il Regno Unito e la Norvegia, hanno cominciato ad incoraggiare la possibilità per il paziente di *scegliere* in un contesto di collaborazione con le strutture private a pagamento al fine di favorire l'equità nell'accesso: i pazienti possono muoversi da aree con lunghi tempi di attesa ad aree con tempi più corti con una conseguente distribuzione più equa della domanda fra le regioni e gli erogatori,

favorendo altresì la competizione fra le strutture. Un importante requisito per la scelta del paziente è rappresentato dall'avere un'informazione completa ed esaustiva sui tempi di attesa. A tal proposito sono sempre maggiori gli investimenti sulle attività di monitoraggio e di promozione delle informazioni on line delle liste e dei tempi di attesa. La possibilità di scelta del paziente può aiutare a ridurre le disuguaglianze nei tempi di attesa dando la possibilità al paziente di spostarsi da aree con un'alta domanda ad aree con una bassa domanda (Siciliani & Hurst, 2005).

Altre possibili azioni sull'offerta possono riguardare la struttura sanitaria e le sue modalità logistiche consentendo ad esempio una più efficiente gestione degli spazi e delle apparecchiature diagnostiche nonché migliorando e informatizzando il funzionamento del sistema unificato di prenotazioni; ciò consentirebbe, infatti, una più agevole comunicazione con l'utente e fra le strutture stesse (Ministero della Sanità, 2001).

3.4.2. Interventi volti ad agire sull'offerta e sulla domanda

Alcuni interventi si sono focalizzati direttamente sui tempi d'attesa influenzando sia l'offerta sia la domanda mediante la definizione del tempo massimo d'attesa garantito. Tale tempo massimo garantito varia a seconda dei Paesi e può distinguersi in incondizionato e condizionato.

Si definisce incondizionato il tempo massimo garantito a tutti i pazienti incondizionatamente ovvero a prescindere dall'intensità del bisogno clinico (Inghilterra, Svezia dal 1992 al 1996) e condizionato il tempo massimo garantito ad una quota di pazienti, per esempio "tutti quei pazienti che presentano un bisogno maggiore vanno trattati entro x mesi" (Norvegia 1990-2000, Nuova Zelanda e Svezia dal 1992 al 1996) o ancora "una certa percentuale y di pazienti va trattata entro x mesi" (Olanda, Italia e Danimarca). La ragione principale che ha spinto molti Paesi ad introdurre tali tempi garantiti è che le attese molto lunghe (più di 12 mesi) anche se per una piccola quota di pazienti, continuano a rappresentare un tema di rilevante interesse politico e sociale (Siciliani & Hurst, 2005). Relativamente all'Italia, l'Accordo Stato-Regioni (2002) ha stabilito i tempi massimi d'attesa da garantire ai cittadini soprattutto per le prestazioni che presentano le più alte criticità in termini di elevata richiesta.

3.4.3. Interventi volti a razionalizzare la domanda

Considerati gli effetti a breve termine delle strategie volte ad incrementare l'offerta, una gestione dei tempi di attesa che voglia essere efficace richiede un articolato e integrato intervento sul versante della domanda. Questo significa intervenire sia sui criteri di priorità per l'accesso e l'organizzazione strutturale e funzionale delle prenotazioni, sia sul cittadino quale potenziale paziente e utente dei servizi allo scopo di agire su quelle abitudini sociali e culturali che producono una richiesta eccessiva e un uso improprio dei servizi.

Dal momento che non è possibile eliminare del tutto i tempi di attesa risulta opportuno che il paziente aspetti almeno secondo un criterio di equità e di appropriatezza. L'obiettivo di politiche basate sui criteri di priorità consiste nel ridurre le disuguaglianze sistematiche che possono presentarsi nelle liste di attesa fra classi omogenee di pazienti, soprattutto quando non sono presenti delle normative condivise e stabilite a livello nazionale (Pell, Pell, Norrie, Ford & Cobbe, 2000).

Variegati sono i criteri di priorità, la maggior parte dei quali clinici, che possono essere utilizzati: severità della condizione del paziente, benefici attesi, bisogno, urgenza, tempo atteso fino ad un dato momento, tasso di decadimento del disturbo (Siciliani & Hurst, 2005)

Gli stessi strumenti messi a punto per attribuire priorità possono essere più o meno formalizzati. Approcci più formalizzati includono dei sistemi che assegnano un punteggio al bisogno del paziente (Noseworthy & McGurran, 2001). I meno formalizzati usano 2 o 3 livelli di classificazione come in Spagna (alta-media-bassa priorità), in Svezia (molto urgente-urgente-non urgente) e in Australia e Italia (accesso entro 30 giorni, 90 giorni, 12 mesi).

3.4.4. Il ruolo del cittadino/utente/paziente

Un'ulteriore possibile strategia volta al contenimento delle liste e dei tempi di attesa consiste nel rivolgersi direttamente al cittadino potenziale fruitore dei servizi sanitari mediante un'adeguata informazione, educazione e comunicazione nonché attraverso il coinvolgimento e la partecipazione dello stesso.

Spesso, infatti, la crescente richiesta di assistenza sanitaria può essere ricondotta oltre che a variabili contestuali e inerenti il sistema sanitario quali l'invecchiamento

della popolazione, l'innovazione tecnologica e scientifica e la generale carenza di risorse, anche alle maggiori conoscenze e aspettative degli utenti nei riguardi dei servizi sanitari. Non raramente una domanda sanitaria elevata non coincide con bisogni reali di assistenza rappresentando piuttosto il riflesso di aspettative e desideri crescenti degli utenti, spesso inappropriati dal punto di vista clinico. Alla luce, quindi, del maggior livello di conoscenze possedute dall'utente sanitario, della diffusione di comportamenti consumeristici in ambito sanitario nonché dell'interesse crescente da parte dei mass media a tali tematiche (fiction televisive, rubriche editoriali, siti web, ...), risulta opportuno includere la prospettiva dell'utente/paziente nella gestione dell'assistenza sanitaria (Gerteis, Edgman-Levitan, Daley & Delbanco, 1993; Neuberger, 2000).

L'inclusione di tale prospettiva, in quanto rivolta a comprendere i bisogni, i desideri e le aspettative dell'utente, rende la soddisfazione del paziente/utente un obiettivo fondamentale per chi eroga il servizio e una componente determinante della valutazione di qualità (Davies & Ware, 1988; Gerteis *et al.*, 1993).

Dal momento che la lunghezza delle liste e dei tempi d'attesa viene considerata dai cittadini la problematica più urgente e primaria del servizio sanitario pubblico (Censis, 2006) è deducibile che essa rappresenti uno degli aspetti maggiormente implicati nel processo di valutazione di soddisfazione da parte dell'utente.

Individuare e comprendere quali sono i fattori in grado di influenzare la soddisfazione per i tempi d'attesa nei servizi sanitari potrà contribuire a delineare possibili strategie correttive e migliorative che le strutture e gli operatori sanitari potranno implementare al fine di migliorare il proprio rapporto con l'utente in una più ampia prospettiva di soddisfazione e qualità del servizio sanitario nonché di mantenere e aumentare il proprio potere di attrazione e di competitività nel mercato.

CAPITOLO SECONDO

IL QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO: CUSTOMER SATISFACTION E TEMPI D'ATTESA

1. LA CUSTOMER SATISFACTION : DEFINIZIONI E APPROCCI DI STUDIO

La customer satisfaction rappresenta un concetto centrale nel pensiero e nella pratica del marketing moderno: riuscire a soddisfare il cliente/utente determina un beneficio per le organizzazioni in termini di profitti con un conseguente innalzamento generale del livello di qualità della vita. Essa quindi consente l'incontro dei bisogni espressi dall'utente, dal mercato e dalla società in generale (Yi, 1990).

Per tale motivo, la customer satisfaction ovvero la soddisfazione del cliente/utente unitamente alla qualità del servizio, rappresentano ad oggi degli obiettivi primari nelle attuali organizzazioni sia private sia pubbliche: il cliente soddisfatto rappresenta il mezzo indispensabile attraverso cui creare un vantaggio sostenibile nell'attuale contesto competitivo (Patterson, Johnson & Spreng, 1997). Recentemente la soddisfazione dell'utente nel contesto sanitario è stata ampiamente riconosciuta come una misura di qualità, anche alla luce del maggior desiderio di coinvolgimento e di partecipazione espressi dall'utente e del legame esistente tra soddisfazione e adesione del paziente alle cure e ai trattamenti medici (Newsome & Wright, 1999).

Nonostante spesso vengano confuse tra loro e usate come sinonimi, la soddisfazione e la valutazione di qualità del servizio rappresentano costrutti diversi. Per qualità, si intende il giudizio o la valutazione relativamente alla performance la quale comprende varie dimensioni specifiche al servizio erogato; essa si ritiene venga determinata principalmente da fattori esterni tra cui il prezzo e la reputazione della struttura (Oliver, 1997). La soddisfazione, invece, viene definita come una risposta complessiva in cui l'utente manifesta il proprio livello di piacere vs dispiacere; essa si basa essenzialmente sulle aspettative costituite a partire dalle esperienze passate in rapporto alla performance del servizio ricevuto (Oliver, 1997). Sebbene la qualità

percepita del servizio possa essere rilevata ad ogni specifica transazione o esperienza con il servizio, essa tende a generalizzarsi e a durare più a lungo della soddisfazione la quale, invece, è transitoria e relativa alla specifica esperienza che l'utente ha avuto con il servizio (Martinez-Tur, Silla & Ramos, 2001). Inoltre, mentre la qualità del servizio viene considerata in larga misura un costrutto essenzialmente cognitivo, per riferirsi alla soddisfazione si fa riferimento, soprattutto recentemente, a componenti sia cognitive sia affettive in quanto ritenuta un costrutto più complesso e articolato (Oliver, 1997).

Diverse sono le definizioni di soddisfazione dell'utente presenti nella letteratura.

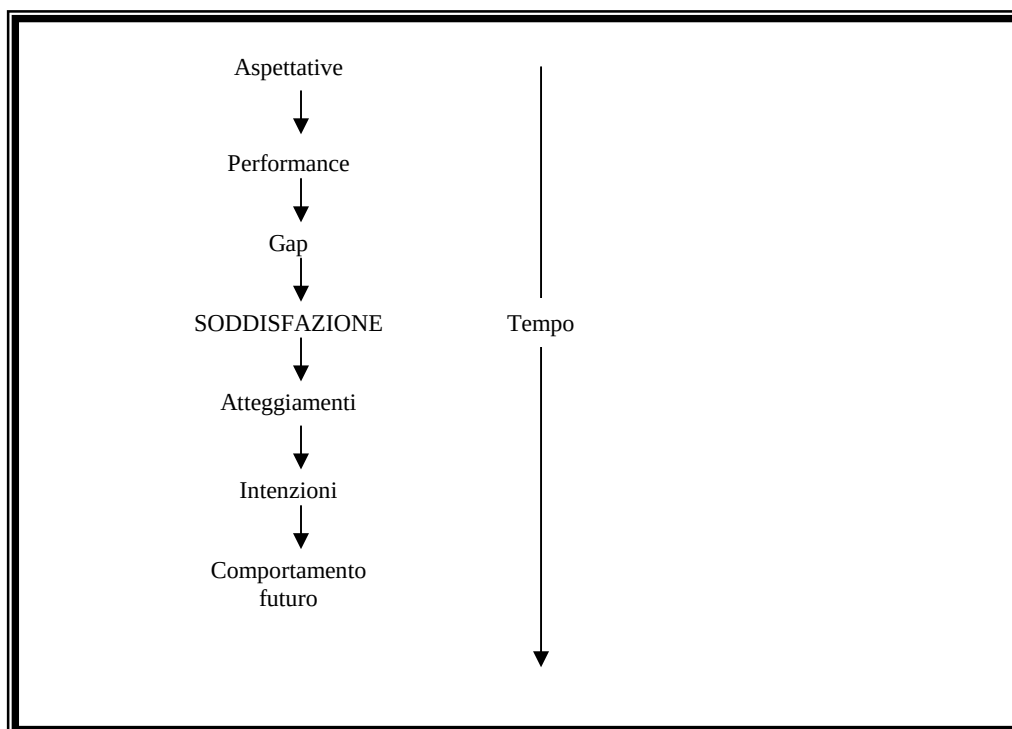
Alcune definizioni descrivono la soddisfazione come l'esito dell'esperienza di consumo vissuta dal soggetto in termini, ad esempio, di stato cognitivo del cliente caratterizzato dal sentirsi adeguatamente o meno ricompensato per i sacrifici sostenuti (Howard & Shet, 1969) o di risposta affettiva all'esperienza associata al prodotto/servizio acquistato (Westbrook & Reilly, 1983). Altre definizioni sottolineano il processo di valutazione sottostante la soddisfazione, intesa quindi come la risposta data dall'utente alla valutazione di una discrepanza percepita tra le precedenti aspettative e la performance del prodotto/servizio (Oliver, 1980; Tse & Wilton, 1988; Yi, 1990).

L'approccio alla soddisfazione come processo, considerando l'intera esperienza di consumo e attribuendo maggiore attenzione ai processi valutativi, percettivi e psicologici, risulta di maggiore utilità e interesse rispetto al focalizzarsi unicamente sul risultato/esito finale.

In tale prospettiva si può concepire la customer satisfaction come un elemento di un più complesso e articolato modello di comportamento del cliente/utente in grado di evolvere nel tempo (Beardon & Teele, 1983; Day & Landon, 1977; Davis & Heineke, 1998).

Come rappresentato nella Figura 1, la soddisfazione del cliente rispetto un servizio, risultata dal confronto della percezione della prestazione del servizio ricevuto in rapporto alle precedenti aspettative del cliente, influenzerà la valutazione, le sensazioni, e le tendenze all'azione nei confronti dell'erogatore del servizio, nonché l'intenzione e l'effettivo comportamento futuro che verrà attuato dal cliente nei confronti di chi ha erogato il servizio.

Figura 1. Un modello di customer satisfaction.



Fonte: Davis & Heineke, 1994.

Mentre le *aspettative* riflettono l'anticipazione della performance da parte del cliente, nella fase che precede l'acquisto di un prodotto e/o l'erogazione di un servizio, la *performance* concerne il risultato finale (ovvero l'effettiva modalità di acquisto di un prodotto o di erogazione del servizio) così come viene sperimentato dal cliente.

La valutazione di soddisfazione deriva dal *gap*, cioè dalla discrepanza tra le aspettative e la performance finale. Per cui il cliente sarà soddisfatto quando il livello della performance del servizio sarà superiore o almeno uguale al livello atteso e previsto dal cliente stesso. Il cliente potrà, invece, insoddisfatto quando il livello della performance del servizio si situerà al di sotto di quello atteso.

In tale prospettiva la soddisfazione può essere definita, a seconda della misurazione utilizzata, indiretta o diretta, sia come una funzione della differenza tra le percezioni del cliente e le sue aspettative (Anderson, 1973; Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1994), sia come l'esito del processo di smentita/conferma delle aspettative ad opera della percezione della performance (Oliver, 1980; 1981).

Entrambe le definizioni rientrano nel più ampio paradigma della smentita delle aspettative – expectancy disconfirmation model – proposto da Oliver nel 1980 e, considerato, ancora oggi, il modello concettuale e teorico dominante nella letteratura relativa alla customer satisfaction.

Nel modello della smentita delle aspettative, l'utente confronta la percezione della performance del servizio con le sue precedenti aspettative: se le aspettative vengono confermate o superate, l'utente si dichiara soddisfatto; al contrario, se le aspettative vengono smentite dalla performance percepita, l'utente si dichiara insoddisfatto.

La soddisfazione dipende, quindi, dall'ampiezza e dalla direzione del processo di smentita definito come la discrepanza tra le aspettative e la performance percepita dall'utente (Anderson, 1973; Oliver, 1980; Oliver & DeSarbo, 1988).

Secondo il modello della smentita le variabili coinvolte nella valutazione di soddisfazione da parte dell'utente sono le aspettative, le percezioni e la discrepanza emersa dal loro confronto. Molte sono le ricerche che hanno esaminato il ruolo di queste variabili evidenziandone le caratteristiche, le criticità e i possibili spunti innovativi; esse saranno discusse nei successivi paragrafi in relazione a ciascuna variabile.

Complessivamente, il paradigma dell'expectancy disconfirmation ha ricevuto sino ad oggi un ampio consenso e supporto nella letteratura accademica e nelle ricerche empiriche (Anderson & Sullivan, 1990; Danaher & Haddrell, 1996; Halstead, Hartman & Schmidt, 1994; Oliver & Winer, 1987; Oliver, 1996; Yuksel & Rimmington, 1998; Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990).

Tuttavia, in accordo con Lijander e Strandvick (1997) e Yu e Dean (2001) si nota come la maggior parte degli studi relativi alla customer satisfaction abbia preso in considerazione unicamente gli effetti delle variabili costituenti il modello della smentita e, quindi, di tipo cognitivo non considerando il ruolo delle emozioni e, più in generale della componente affettiva, associate al servizio; tale ruolo nel definire la soddisfazione e le successive intenzioni comportamentali risulta, dalla letteratura più recente, assai consistente (Barsky & Nash, 2002; Homburg, Koschate & Waine, 2006; Oliver, 1997; Richins, 1997).

In particolare, secondo Oliver (1997) la componente affettiva coesiste accanto ai diversi giudizi cognitivi contribuendo alla valutazione di soddisfazione e, in virtù di tale

caratteristiche, essa risulta centrale per migliorare la comprensione dell'esperienza di consumo dell'utente. Szymansky e Henard (2001) a conclusione della loro meta-analisi sottolineano che la smentita delle aspettative (disconfirmation) e, con minor intensità, la componente affettiva risultano i fattori più fortemente correlati alla soddisfazione.

Westbrook (1980) nell'esaminare l'impatto delle variabili affettive intrapersonali sulla soddisfazione rileva come quest'ultima sia, in parte dipendente dalla componente affettiva in termini sia di soddisfazione per la vita in generale sia di malcontento dovuto al servizio e, in parte, dalle variabili cognitive quali le aspettative e il valore della smentita.

Alla luce della rilevanza attribuita alla componente affettiva della soddisfazione, le più recenti definizioni tendono a tenere insieme gli aspetti cognitivi e affettivi.

Bielen e Demoulin (2007) definiscono la soddisfazione dell'utente come valutazione di giudizio complessiva che ha luogo in seguito all'esperienza e che include aspetti sia cognitivi sia affettivi.

Nel loro studio sulle reazioni dell'utente ai ritardi del servizio, anche Casado Díaz e Màs Ruíz (2002), definiscono la soddisfazione o l'insoddisfazione come una risposta affettiva e cognitiva derivante dall'esperienza che si verifica nell'incontro utente-erogatore del servizio, e dalla conseguente comparazione di tale esperienza con determinati standard quali possono essere le aspettative dell'utente in merito al servizio (Oliver, 1980), le norme basate sull'esperienza (Woodruff, Cadotte & Jenkins, 1983; Cadotte, Woodruff & Jenkins, 1987), o ciò che si desidera (Spreng, MacKenzie & Olshavsky, 1996).

Tuttavia, sono ancora pochi sono gli studi che hanno indagato le variabili cognitive e affettive antecedenti alla soddisfazione considerandole in maniera simultanea. Dai risultati dello studio di Smith e Bolton (2002), emerge un'influenza delle emozioni nel predire il livello di soddisfazione dopo aver reso conto degli effetti delle variabili antecedenti cognitive.

A tal proposito, diversi Autori suggeriscono di includere, in uno strumento volto a rilevare la soddisfazione dell'utente, una componente o una scala di tipo affettivo (Barsky & Nash, 2002; Mattila, 2001; Yu & Dean, 2001).

Oltre al più ampio modello della smentita delle aspettative, sono presenti ulteriori approcci teorici allo studio della customer satisfaction tra cui quello

dell'attribuzione (Folkes, 1984). Dalla prospettiva della teoria dell'attribuzione, il fallimento di un prodotto o la scarsa performance del servizio non determinano unicamente una valutazione di insoddisfazione, dal momento che l'utente cercherà di darsi delle spiegazioni sul perché dell'evento e il tipo di spiegazione inferita influenzerà la risposta di insoddisfazione da parte dell'utente (Folkes, 1984; Krishan & Valle, 1979; Landon, 1977; Richins, 1983).

Alcuni studi si sono concentrati sulla relazione tra attribuzione e comportamento di reclamo dell'utente. Per Valle e Wallendorf (1977) le attribuzioni relative alla performance di un prodotto ricadono in dimensioni con una diversa "distanza psicologica" dall'utente e possono concernere se stessi, gli amici, i venditori, i produttori e il più ampio sistema sociale; il successivo comportamento di reclamo dipende dalla distanza psicologica dell'attribuzione effettuata.

Nello studio di Landon (1977) utilizzando una scala di attribuzione di causa interna vs esterna, ai partecipanti viene richiesto di indicare le cause della propria valutazione di insoddisfazione e della successiva intenzione di lamentarsi: un'attribuzione di causa all'utente stesso comporta l'assenza di intenzione di lamentarsi, un'attribuzione esterna relativa a qualcun altro determina, al contrario, l'intenzione di lamentarsi.

Altri studi hanno indagato la relazione tra attribuzione e customer satisfaction focalizzandosi, in particolare sulla dimensione del locus di causa interno vs esterno nei processi di attribuzioni dell'utente dei servizi (Folkes, 1984; Folkes & Kotsos, 1986; Oliver & DeSarbo, 1988; Richins, 1983) evidenziando una relazione tra attribuzione esterna e valutazione di insoddisfazione.

Nonostante la teoria dell'attribuzione sia relativamente datata, l'interesse verso i processi di attribuzione nella psicologia della customer satisfaction e del marketing risulta alquanto recente e necessitante di un maggiore approfondimento (Weiner, 2000).

1.1. Le variabili antecedenti alla customer satisfaction

L'analisi della letteratura sulla customer satisfaction ci ha consentito di individuare nell'expectancy disconfirmation e nella teoria dell'attribuzione, i paradigmi teorici alla base del nostro studio.

Vengono, ora, descritte in maniera dettagliate le variabili cognitive e affettive in grado di influenzare la valutazione della soddisfazione dell'utente, che verranno considerate nel nostro studio. Esse concernono innanzitutto le aspettative, le percezioni e la discrepanza tra le due secondo l'approccio della conferma/smentita delle aspettative, le attribuzioni di responsabilità, il valore percepito associato al servizio e le reazioni emotive e affettive.

1.1.1. Le aspettative

Le aspettative riflettono l'anticipazione della performance da parte dell'utente, nella fase che precede l'acquisto di un prodotto e/o l'erogazione di un servizio. Esse sono costruite a partire da diverse fonti informative tra cui le esperienze passate con il servizio, il passaparola, le opinioni degli esperti, la pubblicità, le comunicazioni offerte dalle organizzazioni e dalle istituzioni nonché le esperienze passate con servizi alternativi (Zeithaml *et al.*, 1990).

Nonostante ci sia un generale consenso tra i ricercatori nel ritenere le aspettative il criterio, ovvero lo standard cui riferirsi per la valutazione della performance del servizio, esistono differenze a livello di definizioni concettuali del costrutto. Alcuni autori (Bearden & Teel, 1983; Westbrook & Newman, 1987) definiscono le aspettative in termini di percezione di probabilità del verificarsi di un evento, a differenza di altri che tendono ad includere anche una componente di valutazione della “buona” o “cattiva” qualità dell'evento (Churchill & Suprenant, 1982; Oliver, 1980, 1981; Tse & Wilton, 1988). Più recentemente, Spreng *et al.* (1996) ritengono opportuno non confondere le aspettative predittive (ciò che la persona ritiene si verificherà in futuro) con altri tipi di valutazioni, concordando con la definizione di aspettative fornita da Olson e Dover (1976) quali credenze in merito agli attributi di un prodotto e/o alla performance di un servizio che avranno luogo in situazioni future. Oliver (1980) fu tra i primi autori a definire la nozione di aspettative predittive come criterio di riferimento

precedente all'acquisto e/o all'erogazione di un servizio. Nel suo modello, la soddisfazione o l'insoddisfazione dipendono rispettivamente dal processo di conferma o smentita delle precedenti aspettative ad opera della performance così come percepita dall'utente (paradigma della smentita delle aspettative).

Diversi sono i livelli di aspettative cui il ricercatore può riferirsi. Miller (1977) ha proposto 4 livelli di aspettativa della performance di un servizio.

Il livello minimo tollerabile concerne ciò che *deve* essere. Il livello atteso riflette ciò che *sarà* la performance. Il livello ideale, rappresentando il livello di performance desiderato, riflette ciò che il servizio *può essere* per il cliente. E il livello meritevole, "degno di" rispecchia ciò un servizio *potrebbe essere*. L'idea che siano presenti diversi livelli di aspettative è sostenuta dalla presenza di diverse categorizzazioni.

Se Swan e Trawick (1980) definiscono il livello desiderato come il livello a cui dovrebbe uniformarsi la performance per soddisfare il cliente, Prakash (1984) introduce la nozione di aspettative normative quale criterio di soddisfazione della performance del servizio. In alcuni studi del settore si è fatto riferimento a due componenti delle aspettative di un servizio: il livello desiderato e il livello atteso/previsto dal cliente (Anderson, 1973; Swan, Trawick & Carrol, 1981). In questo caso, oltre al cliente soddisfatto e insoddisfatto (conferma vs smentita del livello atteso), è possibile individuare una terza situazione, relativa al cliente altamente soddisfatto, in cui la performance del servizio viene percepita come maggiore o almeno uguale al livello desiderato dal cliente.

Zeithaml, Berry e Parasuraman, (1993) hanno definito diversi livelli di aspettative che possono essere applicati in merito alle aspettative sui tempi d'attesa: il livello desiderato e il livello adeguato/tollerabile; l'opportunità di utilizzare il livello di aspettativa tollerabile risulta opportuno dal momento che l'uso esclusivo di aspettative ideali può essere inaccurato nel caso in cui le persone abbiano aspettative irragionevoli come nessun tempo d'attesa per qualsiasi situazione.

Anche se il cliente non vorrebbe attendere più a lungo del tempo d'attesa prospettato e desiderato, riconosce che non sempre è possibile considerare l'imprevedibilità, l'eterogeneità della domanda e l'incertezza nella fase di erogazione del servizio. Per cui egli può far riferimento ad un livello ottimale di tollerabilità seppur più basso di quello desiderato; questo livello definito livello adeguato/tollerabile

rappresenta l'aspettativa sul tempo d'attesa tollerabile, ragionevole e accettabile da parte dell'utente.

Nel loro modello sulle aspettative dell'utente dei servizi, Zeithaml *et al.* (1993) affermano che i bisogni personali, le promesse esplicite e implicite dell'erogatore, il passaparola e le esperienze passate contribuiscono alla formazione delle aspettative relative al livello desiderato. Ad esempio, se amici e conoscenti suggeriscono di rivolgersi ad un certo erogatore perché veloce ed efficiente, la persona si formerà un'aspettativa sull'attesa, seppur vaga, precedente all'interazione con il servizio.

Similmente, la formazione del livello adeguato/tollerabile dell'aspettativa deriva dalle alternative percepite al servizio, dalla percezione dell'utente del proprio ruolo nel servizio, dalle situazioni problematiche e di emergenza che possono verificarsi, dai fattori situazionali, dal passaparola e dall'esperienza passata.

Dal momento che l'utente è consapevole della variabilità della performance, si può considerare l'area compresa tra il livello desiderato e quello adeguato come una regione di tolleranza la cui ampiezza varia a seconda dell'individuo e della situazione. Alcuni utenti possono avere un'ampia area di tolleranza in determinate situazioni e una più ridotta in altre; è possibile anche che l'utente presenti un unico livello di aspettative per cui il livello desiderato e quello tollerato si eguaglieranno. Se la performance si situa al di fuori della regione di tolleranza (performance molto elevata vs molto scarsa) l'utente si dichiarerà soddisfatto o insoddisfatto.

In una successiva distinzione, Zeithaml e Bitner (1996) aggiungono al livello desiderato e a quello adeguato un ulteriore livello relativo al servizio previsto; quest'ultimo si riferisce al livello del servizio che gli utenti si aspettano di ricevere con maggiore probabilità e implica, quindi, una qualche forma di calcolo della probabilità della performance richiamando le prime definizioni di aspettative (Bearden & Teel, 1983; Westbrook & Newman, 1987) in termini di percezione di probabilità del verificarsi di un evento. Relativamente alla regione di tolleranza, il livello previsto del servizio con molta probabilità si situa tra il livello desiderato e quello adeguato ovvero all'interno della regione seppur, a livello teorico, esso possa essere uguale all'uno o all'altro (Zeithaml & Bitner, 1996).

Il ruolo delle aspettative come criterio di confronto per la performance è stato confermato in numerosi studi; altri, invece, hanno sottolineato il ruolo di altri fattori

quali le norme basate sull'esperienza e i desideri che in determinate circostanze potrebbero risultare criteri più idonei delle aspettative. Ad esempio Woodruff, Cadotte e Jenkins (1983) introducono il concetto di norme basate sull'esperienza (*experience-based norms*) che include l'esperienza passata con altre marche o categorie di prodotti/servizi quale criterio di confronto da parte dell'utente. Spreng e Olshavsky (1993) nel loro modello affiancano alle aspettative i desideri trovando da parte di quest'ultimi un più forte impatto sulla soddisfazione. Si evidenzia, tuttavia, come il costrutto dei desideri sia strettamente allineato al criterio ideale di Tse e Wilton (1988) e all'originaria nozione di aspettativa ideale di Miller (1977).

In merito al "funzionamento delle aspettative è ormai ampiamente accettato in letteratura che l'utente si costruisca delle aspettative precedenti all'esperienza con il servizio in rapporto alle quali valutare la performance erogata: la percezione può smentire le aspettative in termini peggiorativi o migliorativi o confermarla mediante un confronto neutrale. Diversi studi evidenziano un effetto separato delle sole aspettative e della smentita di esse ad opera della percezione (*disconfirmation*), sulla soddisfazione (Andreassen, 2000; Oliver, 1980).

Secondo Oliver e DeSarbo (1988) mentre le aspettative producono un effetto di assimilazione, la discrepanza (il *gap* aspettative-percezioni) è alla base dell'effetto di contrasto; in tale prospettiva, le aspettative possono influenzare la soddisfazione da sole e indipendentemente dalle percezioni. La teoria dell'assimilazione-contrasto riprende gli elementi base della teoria della dissonanza cognitiva (Festinger, 1957) secondo la quale l'individuo posto di fronte a due informazioni/idee contrastanti, tenterà di ridurre la conseguente dissonanza mentale modificando o distorcendo una delle due o entrambe, allo scopo di renderle più coerenti tra loro. Per cui quando la percezione della performance differisce lievemente dalle aspettative o esse vengono confermate, la persona tende a ad aggiustare e ad allineare le percezioni alle proprie aspettative mediante un effetto di assimilazione; il ruolo delle aspettative come agenti dell'assimilazione spiega il meccanismo attraverso cui esse possono influenzare direttamente la soddisfazione (Oliver, 1997).

Quando la dissonanza tra le aspettative e le percezioni risulta molto forte, la persona tende a rinforzare la sua percezione ampliando il *gap* percepito mediante un effetto di contrasto (Bridges, 1993).

Relativamente al tempo d'attesa, esso non rappresenta un fenomeno problematico e di insoddisfazione nel momento in cui la discrepanza tra le aspettative e le percezioni del tempo d'attesa rientra nella regione di accettabilità e tollerabilità dell'utente; al contrario, quando il tempo d'attesa percepito risulta di molto superiore alle aspettative, con molta probabilità avrà luogo una valutazione di insoddisfazione. Per moderati livelli di discrepanza in entrambe le direzioni, la discrepanza tra tempo d'attesa adeguato e tempo percepito può essere assimilata rendendo le percezioni coerenti e in linea con le aspettative; per livelli di discrepanza che oltrepassano la regione di accettabilità, si può verificare un effetto di contrasto e un aumento dell'ampiezza della differenza percepita tra aspettative e percezioni (Nie, 2000). La considerazione di tali fenomeni può aiutare gli erogatori nel migliorare la problematica dell'attesa mediante la fornitura agli utenti di aspettative realistiche, la gestione creativa delle percezioni e la riduzione della discrepanza.

I potenziali effetti delle aspettative possono, inoltre, variare, in base alle differenze riscontrabili nelle situazioni, nei diversi tipi di consumatori – consumatori molto coinvolti vs poco coinvolti – e tra prodotti e servizi (Anderson, 1994; Bolton & Drew, 1991; Spreng *et al.*, 1996).

1.1.2. Le percezioni

La percezione viene definita come “il processo attraverso cui l'individuo riceve, seleziona e interpreta gli stimoli allo scopo di ottenere una significativa e coerente rappresentazione del mondo” (Schiffman, Bednall, Cowley, Cass, Watson *et al.*, , 2001, p.148).

Essa risulta differire a seconda del genere (Ndhlovu & Sengunder, 2002), del contesto in cui il servizio viene erogato (Wakefield & Blodgett, 1999) e del background culturale (Limaye, 2000).

Nella letteratura relativa alla customer satisfaction e alla qualità dei servizi, la percezione si riferisce alla valutazione dell'utente in merito alla performance del servizio erogato dall'organizzazione. Secondo Jandt (1995) la percezione è soggettivamente unica per ogni persona e si compone di tre fasi: selezione, organizzazione e interpretazione. Gli attributi della performance vengono valutati dall'utente in quanto stimoli percettivi; anche quando, apparentemente, l'utente sembra

utilizzare delle misure oggettive (ad esempio il tempo d'attesa), non è tanto la durata reale dell'attesa quanto la valutazione soggettiva di essa in termini di attesa lunga/corta o accettabile/inaccettabile a determinare la sua percezione (Thompson & Sunol, 1995). Come affermato da Hornik (1984) l'individuo tende da un lato a sovrastimare il tempo d'attesa caratterizzato dalla passività e, dall'altro, a sottostimare la durata del tempo di erogazione del servizio in quanto tempo attivo. Il vero problema relativo alla gestione dei tempi d'attesa, quindi, è non tanto l'oggettiva durata temporale che i clienti si trovano a subire, quanto la percezione soggettiva di tale tempo: le persone tendono a ritenere di aver aspettato più a lungo di quanto sia vero oggettivamente (Jones & Peppiatt, 1996). Nel paragrafo 3.1. si riportano le diverse variabili che risultano in grado di influenzare la percezione soggettiva dell'attesa da parte dell'utente.

Pur essendo strettamente correlato alla durata reale, il tempo percepito rappresenta la base della formazione dei giudizi di soddisfazione da parte dell'utente; esso, come proposto nel paradigma dell'*expectancy-disconfirmation*, viene confrontato con le aspettative relative al tempo d'attesa e l'esito di tale confronto influenzerà la soddisfazione dell'utente per i tempi d'attesa. Per cui l'utente, sarà soddisfatto in caso di presenza di una performance del servizio superiore, o almeno uguale al livello atteso e previsto dall'utente stesso. L'utente sarà, invece, insoddisfatto in presenza di una performance al di sotto delle proprie aspettative.

Come affermato da Goode e Moutinho (1995) il modello della smentita/conferma delle aspettative ha ricevuto negli anni diverse critiche portando a suggerire criteri altri dalle aspettative

Recentemente, si è diffuso un ulteriore approccio secondo cui la soddisfazione dipende in larga misura dalla percezione che il cliente ha relativamente alla performance erogata dal servizio, escludendo il processo di smentita tra percezioni e aspettative (Cronin & Taylor, 1994; Teas, 1993). Ovvero la soddisfazione per il servizio è una funzione della performance così come percepita dall'utente. Applicando tale punto di vista all'attesa, la soddisfazione dell'utente in merito ai tempi d'attesa dipenderà dalla percezioni (ovvero dal tempo d'attesa percepito nell'erogazione della performance del servizio) piuttosto che dalla discrepanza tra le aspettative e la percezione dei tempi d'attesa come teorizzato dal paradigma della smentita delle aspettative.

Nel loro studio Davis e Heineke (1998) si sono proposti di analizzare e confrontare l'influenza di entrambi gli approcci, l'approccio della smentita delle aspettative e quello delle percezioni, sulla soddisfazione per l'attesa in fila nel settore della ristorazione. Dai risultati emerge una sostanziale assenza di differenze, ovvero l'approccio della smentita delle aspettative non risulta predire meglio dell'approccio basato unicamente sulla percezione del tempo atteso, la soddisfazione finale dell'utente per i tempi d'attesa. Un ulteriore risultato concerne l'importanza attribuita dall'utente al tempo: la percezione della performance risulta il miglior predittore della soddisfazione soprattutto per quegli utenti che attribuiscono un'elevata importanza al fattore tempo. Gli Autori supportano quanto affermato da Goode e Moutinho (1995) in merito all'utilità di utilizzare le sole percezioni, anche in virtù di una maggiore semplicità nella raccolta e analisi dei dati.

In merito a tale dibattito, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1994) pur riconoscendo nell'approccio della percezione una potenziale area di sviluppo per le ricerche future, ribadiscono la superiorità dell'approccio della smentita nel consentire una migliore e più esaustiva comprensione dei fenomeni sottostanti alla soddisfazione.

1.1.3. Aspettative e Percezioni nel paradigma dell'expectancy-disconfirmation

Tra gli approcci maggiormente studiati e confermati nella letteratura sulla customer satisfaction, troviamo il paradigma dell'expectancy-disconfirmation proposto da Oliver (1980).

Secondo tale paradigma, l'utente confronta la percezione della performance del servizio con le sue precedenti aspettative: se le aspettative vengono confermate o superate, l'utente si dichiara soddisfatto; al contrario, se le aspettative vengono smentite dalla performance percepita, l'utente si dichiara insoddisfatto. La soddisfazione dipende, quindi, dall'ampiezza e dalla direzione del processo di smentita definito come la differenza tra le aspettative e la performance così come percepita dall'utente (Anderson, 1973; Oliver, 1980; Oliver & DeSarbo, 1988).

Nonostante la sua popolarità, il paradigma della disconfirmation non è risultato esente da diverse critiche a livello teorico e operativo (Buttle, 1996; Churchill & Suprenant, 1982). La maggior parte di queste critiche si sono focalizzate sul bias di misurazione, ad esempio, delle aspettative. Se le aspettative vengono rilevate

successivamente o contemporaneamente all'erogazione del servizio potranno risultare distorte dal particolare tipo di esperienza vissuta nell'incontro con il servizio (Gronroos, 1993). Per cui, a seconda che l'esperienza sia stata positiva o negativa, le aspettative relative a quel servizio saranno esagerate o minimizzate.

Alcuni ricercatori raccomandano, quindi, di rilevare le aspettative prima che l'esperienza con il servizio abbia luogo (Carman, 1990); mentre, altri evidenziano delle criticità connesse anche alla rilevazione delle aspettative nella fase precedente l'esperienza con il servizio. L'utente, infatti, potrebbe modificare le sue aspettative durante l'erogazione del servizio e utilizzare quest'ultime "revisionate" come criterio di confronto per la performance (Danaher & Mattsson, 1994; Gronroos, 1993; Weber, 1997). In particolare, Weber (1997) sottolinea come soprattutto gli eventi inaspettati e non considerati nella fase precedente l'erogazione del servizio possano contribuire in maniera determinante alla valutazione complessiva di soddisfazione o insoddisfazione.

Un'ulteriore problematica concerne la tendenza degli utenti ad esprimere dei livelli di aspettative molto elevati (Dorfman, 1979; Babakus & Boller, 1992) che difficilmente potranno essere confermati e condurre, quindi, ad una valutazione di insoddisfazione da parte dell'utente. A tal proposito Yuksel e Rimmington (1998) giungono a mettere in dubbio l'opportunità di includere negli strumenti di rilevazione il costrutto di aspettative, dal momento che le risposte ottenute non potranno differenziarsi significativamente da quelle ottenute utilizzando unicamente il costrutto della percezione della performance. Inoltre, può accadere che la persona non abbia esperienze con il servizio e nessuna aspettativa nei suoi confronti da smentire o confermare (Halstead, Hartman & Schmidt, 1994). In altre parole, la mancanza di esperienza e di familiarità con il servizio può condurre alla formazione di aspettative incerte ed incostanti (Crompton & Love, 1995); viceversa, la maggiore esperienza conduce alla formazione di aspettative più aderenti e vicine alla realtà.

Nello studio di Westbrook e Newman (1978), le persone abituate a viaggiare frequentemente sviluppano aspettative più realistiche e si dichiarano più soddisfatti rispetto a coloro che sono sprovvisti di esperienza.

Nonostante tali osservazioni, l'uso delle aspettative in termini di criterio di confronto nella rilevazione della customer satisfaction, come proposto nel paradigma dell'expectancy-disconfirmation, ha ricevuto un ampio consenso e supporto nella

letteratura accademica (Anderson & Sullivan, 1990; Halstead, Hartman & Schmidt, 1994; Oliver & Winer, 1987; Oliver, 1996; Yuksel & Rimmington, 1998; Zeithaml *et al.*, 1990).

La rilevazione del processo di smentita/conferma delle aspettative può avvenire mediante due approcci-base, l'approccio diretto o l'approccio indiretto (Prakash & Lounsbury, 1983; Meyer & Westerbarkey, 1996).

L'approccio diretto richiede l'utilizzo di scale di giudizio volte a rilevare in maniera diretta la smentita o la conferma delle aspettative, mediante scale Likert del tipo "meglio del livello atteso" o "peggio del livello atteso". In questo caso non risulta necessario calcolare un punteggio di differenza poiché viene chiesto direttamente all'utente di indicare il grado in cui la performance del servizio ha superato, eguagliato o si è posta al di sotto delle aspettative precedenti al servizio erogato (Yuksel & Rimmington, 1998).

L'approccio indiretto implica il calcolo di un punteggio di differenza tra le aspettative e la performance e della successiva valutazione dei risultati. Ciò comporta la creazione di data-set differenziati per le aspettative e le percezioni; i punteggi ottenuti dalla percezione della performance vengono sottratti alle aspettative per giungere a costituire una terza variabile, il punteggio di smentita/differenza o valore di scarto da utilizzare nelle analisi successive (Yuksel & Rimmington, 1998). In tale approccio rientra il Servqual uno dei più importanti strumenti per la valutazione della qualità dei servizi messo a punto da Parasuraman, Zeithaml e Berry. nel 1985 e affinato e confermato negli anni (Parasuraman, Zeithaml, & Berry., 1988, 1991, 1994; Zeithaml, Parasuraman & Malhotra, 2000). Nella sua versione definitiva, il Servqual, detto anche modello degli scostamenti o gap model, risulta costituito da 5 dimensioni generali che stanno alla base del processo di valutazione (aspetti tangibili, affidabilità, capacità di risposta, capacità di rassicurazione ed empatia) e che derivano dal confronto indiretto, mediante una procedura di differenza aritmetica, tra le aspettative e le percezioni. Nella prima parte del questionario, al soggetto è richiesto di indicare le proprie aspettative, nella seconda le percezioni relative al servizio erogato; il punteggio ottenuto detto anche valore di scarto o discrepanza verrà utilizzato nelle successive analisi.

In relazione al nostro studio, esso utilizza le aspettative come criterio di confronto per la percezione della performance del servizio (expectancy-disconfirmation

model). Il processo di smentita delle aspettative viene rilevato secondo l'approccio indiretto che prevede il calcolo di un punteggio di differenza tra le aspettative e la performance e la costruzione di una terza variabile, il punteggio di smentita/differenza o valore di scarto da utilizzare nelle analisi successive.

1.1.4. La teoria dell'attribuzione

La nascita della teoria dell'attribuzione si situa ufficialmente nel 1958 con la pubblicazione del volume "Psychology of Interpersonal Relations" di Heider anche se per una sua migliore sistematizzazione a livello teorico occorrerà attendere l'analisi dei processi attributivi operata da Kelley (1967) e la pubblicazione del compendio "Attribution: Perceiving the Causes of Behaviour" di Jones (1972).

Heider (1958) concepisce la persona profana come uno scienziato ingenuo che deve decidere se una particolare azione è causata da fattori interni o esterni alla persona. La distinzione interna/esterna risulterà fondamentale e dominante in molte delle teorie dell'attribuzione sviluppate negli anni.

Nella teoria dell'inferenza corrispondente (Jones & Davis, 1965) il processo attributivo si applica alle azioni che presuppongono una scelta; nello specifico esso si compone di due fasi, l'attribuzione di un'intenzione ("la persona conosceva gli effetti della sua azione?") e l'attribuzione di disposizioni ("quali caratteristiche disposizionali hanno spinto la persona a comportarsi in quel modo?").

La teoria sviluppata da Kelley (1967; 1973) riprende l'immagine heideriana della persona come scienziato ingenuo che tenta di distinguere gli effetti attribuibili ai diversi fattori, esaminando il modo in cui essa compie delle attribuzioni in presenza di più informazioni da più fonti (principio della covariazione) o di una singola osservazione (principio di configurazione). Nel primo caso, informazioni da più fonti, le attribuzioni vengono formulate a partire dalle informazioni di coerenza, specificità e consenso; nel secondo caso, singola osservazione, le attribuzioni vengono formulate sulla base di schemi causali ovvero di credenze, concezioni, teorie ingenue in merito a come certi tipi di cause interagiscono nel produrre un certo effetto (Kelley, 1973).

In generale, le tre teorie, pur rappresentano dei contributi specifici e peculiari alla teoria dell'attribuzione, presentano alcuni temi comuni quali la visione della persona come scienziato ingenuo, l'interpretazione causale attiva e costruttiva e

l'interesse per le spiegazioni del senso comune (Hewstone & Fincham, 1998). Possono, quindi, essere considerate il punto di partenza del successivo sviluppo della teoria dell'attribuzione.

Ancora oggi, la teoria dell'attribuzione è oggetto di ricerche e approfondimenti teorici e alla base di numerosi studi in svariati settori. La sua longevità è riconducibile al fatto che essa si focalizza su un tema di universale rilevanza inerente le spiegazioni che le persone si danno in merito agli eventi e alle situazioni circostanti nonché le conseguenze associate a tale causalità. Per tal motivo l'attribuzione risulta di notevole interesse nelle diverse aree della psicologia, da quella sociale, cognitiva e di personalità a quella clinica e del lavoro, nonché in altre discipline quali, ad esempio, la giurisprudenza, l'economia e la sociologia.

Lukes (1975) definisce l'attribuzione un fenomeno sociale in quanto sociale è la sua origine – essa si basa sulle informazioni e le interazioni sociali – sociale è l'oggetto del processo – essa viene prodotta in risposta ad un evento che coinvolge la persona o ad un evento sociale – sociale perché risulta comune ai membri di una società o di un gruppo, per cui i membri di diversi gruppi o società possono fornire tipi differenti di spiegazioni per lo stesso evento.

Occorre sottolineare la non esistenza di un'unica teoria dominante sui processi di attribuzione bensì di una varietà sfaccettata e articolata di prospettive che tentano di spiegare come le persone valutano i comportamenti e gli eventi sociali intorno a loro (Martinko, 1995; Kelly & Michela, 1980).

Uno dei temi ampiamente sviluppato e comune ai diversi approcci concerne la distinzione tra *attribuzione interna* vs *esterna* alla persona agente (Hewstone, 1991). Secondo Heider (1958) più la causa è attribuita alla persona, meno sarà chiamato in causa l'ambiente (assunto idraulico). Tuttavia i risultati degli studi condotti non sempre riportano delle correlazioni negative tra attribuzione interna vs esterna (Taylor & Koivumaki, 1976) suggerendo l'opportunità di utilizzare delle scale separate per rilevare i diversi tipi di attribuzione (Smith & Miller, 1982; Solomon, 1978).

Inoltre, le due categorie della causalità (interna vs esterna) risultano alquanto ampie e capaci di contenere attribuzioni fra loro differenti ed eterogenee (Lalljee, 1981; Miller, Smith & Uleman, 1981); le stesse persone adoperano più facilmente una combinazione di attribuzioni sia interne sia esterne. Ciò ha condotto negli anni a

sviluppare un approccio multidimensionale alla struttura della causalità (Weiner, 1983; 1985) secondo cui le persone organizzano le cause sulla base di varie dimensioni.

Nel modello di Weiner (1985) tali dimensioni sono rappresentate dal locus della causalità, dalla stabilità e dalla controllabilità. La dimensione del locus di causa si riferisce a quanto la causa risiede all'interno o all'esterno della persona; la stabilità a quanto la causa viene percepita stabile vs temporanea; la controllabilità al grado in cui la causa è posta o meno sotto il controllo volitivo della persona e quindi modificabile. Inizialmente sviluppato come teoria motivazionale e dell'achievement nel contesto educativo-scolastico, il modello di Weiner è stato ripreso e applicato in altri contesti, tra cui anche quello organizzativo e della customer satisfaction (Weiner, 2000).

Un ulteriore tema in comune alle prospettive sui processi di attribuzione concerne l'assunto secondo cui la persona inizia il processo di attribuzione delle cause in presenza di una discrepanza ovvero di un evento inatteso (Heider, 1958; Weiner, 1985).

Si tratta di un'assunzione di base che può essere applicata anche nei contesti organizzativi (Martinko, 1995, Schaffer, 2002) in particolare quando si verifica una discrepanza in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi e/o di performance negativa. L'utente valuta le relazioni tra gli effetti e le possibili cause e tale valutazione influenza di conseguenza gli atteggiamenti, i vissuti emotivi e i comportamenti (Weiner, 1985).

Ad esclusione degli studi di Folkes del 1984 e di Valle e Wallendorf (1977), l'interesse verso i processi di attribuzione nella psicologia della customer satisfaction e del marketing risulta alquanto recente.

L'acquisizione di prodotti e l'erogazione di servizi implicano il verificarsi sia di conseguenze positive sia negative. Sono soprattutto la presenza di conseguenze negative (il fallimento di un servizio, un ritardo, una performance negativa, ...) e il verificarsi di eventi inattesi che contraddicono le aspettative, a spingere l'utente a cercare delle spiegazioni di causa, spiegazioni che potranno influenzare sia il livello di soddisfazione percepita, sia il comportamento futuro (Weiner, 1985, 2000). Altre possibili situazioni che possono istigare il processo di attribuzione sono la perdita di controllo (Liu & Steele, 1986) e l'umore negativo (Bohner, Bless, Scharz & Strack, 1988; Chebat, Filiatrault, Gelinsa-Chebat & Vaninsky, 1995).

In generale, l'individuo attribuisce gli esiti positivi e i successi a cause interne inerenti il suo comportamento e le sue abilità e gli esiti negativi e i fallimenti a cause esterne al di fuori della propria persona (Bettman & Weitz, 1983; Miller & Ross, 1975; Bradley, 1978; Lau & Russell, 1980; Zuckerman, 1979).

In un recente articolo, Weiner (2000) afferma che il processo di attribuzione interviene ed esercita la sua influenza in seguito al verificarsi di un esito/risultato negativo del servizio/prodotto ricevuto e prima delle scelte successive di riacquisto del prodotto/servizio. Esso si realizza nel momento in cui il soggetto valuta il grado in cui la performance corrisponde alle proprie aspettative e, in caso di una discrepanza, si interroga sulle possibili cause del risultato finale. Per tale ragione è più probabile che il processo attributivo si verifichi in presenza di un giudizio di insoddisfazione ovvero in seguito al fallimento e al mancato raggiungimento degli obiettivi da parte dell'erogatore del servizio. "ci chiediamo perché qualcosa non funziona, non perché qualcosa funziona bene" (Weiner, 2000).

In generale, l'utente compie delle inferenze sulle cause dei successi e, in particolare modo, dei fallimenti del servizio allo scopo di percepire ed esercitare un controllo sull'ambiente circostante e di adattare il proprio comportamento. Le possibili cause possono essere classificate all'interno delle tre dimensioni principali caratterizzanti l'attribuzione ovvero il locus ("chi è responsabile?"), la stabilità ("con quale probabilità l'evento si ripeterà in futuro?") e la controllabilità ("chi è responsabile quanto controllo ha sulla causa dell'evento?") (Bitner, 1990).

Diverse ricerche si sono focalizzate sulle conseguenze, delle diverse dimensioni dell'attribuzione, sulla soddisfazione dell'utente e sulle successive intenzioni di reclamo e di passaparola negativo nelle situazioni di smentita delle aspettative (Brown & Beltramini, 1989; Folkes, Koletsky & Graham, 1987; Richins, 1983) evidenziando, come l'utente che attribuisce la responsabilità del fallimento all'erogatore del servizio (locus esterno), che ritiene probabile un suo ripresentarsi (stabilità) senza possibilità di controllarlo (controllabilità), si dichiarerà maggiormente insoddisfatto del servizio ricevuto e intenzionato a lamentarsi e a parlare male dello stesso (Curren & Folkes, 1987; Folkes, 1984; Gooding & Kinicki, 1995; Krishnan & Valle, 1979).

In particolare, molti studi sulla customer satisfaction si sono focalizzati sulla dimensione del locus di causa interno vs esterno nei processi di attribuzioni dell'utente

dei servizi (Curren & Folkes, 1987; Folkes, 1984; Folkes & Kotsos, 1986; Oliver & DeSarbo, 1988; Richins, 1983, 1985).

La distinzione interno/esterno del locus è stata negli anni ampliata. A partire da un'analisi del contenuto sulle attribuzioni di causa effettuate per la soddisfazione o l'insoddisfazione dagli utenti, Valle e Wallendorf (1977) hanno suggerito di utilizzare nelle ricerche sul consumatore una dimensione di locus esterna più ampia. Come affermato da Wong e Weiner (1981, p.655) il locus della causalità concerne la percezione dell'utente di chi o che cosa è responsabile dell'evento e "può risiedere nell'utente, in altre persone o nella situazione".

Sulla base di tali osservazioni, molti Autori hanno differenziato il locus esterno in attribuzioni di causa al comportamento degli operatori/impiegati che erogano il servizio e, in senso più ampio, al sistema/organizzazione/struttura mantenendo il locus interno come attribuzioni di causa all'utente (Floyd & Voloudakis, 1999; Yen, Gwinner & Su, 2004; Swanson & Kelley, 2001)). L'attribuzione all'uno, piuttosto che all'altro locus causale, comporta una diversa influenza sulle valutazioni complessive di soddisfazione ovvero un'attribuzione interna si assocerà con più probabilità a una valutazione di soddisfazione, mentre un'attribuzione a cause esterne ad una valutazione di insoddisfazione (Bitner, 1990).

Dal momento che la dimensione del locus della causalità risulta di solito quella cruciale nella ricerca attribuzionale (Wong & Weiner, 1981) la nostra ricerca si focalizza su di essa. Nello specifico si intende indagare il ruolo delle attribuzioni di responsabilità del fenomeno liste e tempi d'attesa sulla soddisfazione complessiva per i tempi d'attesa. In accordo con Weiner (2000) si ritiene che il costrutto di responsabilità includa sia la dimensione della causalità sia quella della controllabilità e che la combinazione delle due consenta all'utente di attribuire la responsabilità dell'evento.

Relativamente alla problematica dei tempi di attesa, l'utente potrebbe aspettarsi un'attesa non superiore ai 10 giorni per effettuare una visita specialistica ambulatoriale e percepire di aver dovuto attendere un tempo superiore alle aspettative, ad esempio 30 giorni. La presenza di tale discrepanza ovvero smentita delle aspettative spingerà l'utente a ricercare una causa e ad attribuire delle responsabilità per tale evento inaspettato, responsabilità che potranno risiedere nel comportamento dell'utente stesso (locus interno) o in fattori esterni quali il comportamento degli operatori sanitari o il più

ampio sistema sanitario nel suo complesso (locus esterno). Come proposto dalla letteratura, un'attribuzione interna tende ad avere come esito un giudizio di soddisfazione o comunque di non insoddisfazione, viceversa un'attribuzione esterna si riflette in una valutazione di insoddisfazione (Bitner, 1990; Richins, 1983; Taylor, 1994).

Al contrario, in assenza di una discrepanza, (la performance viene erogata, ad esempio nell'arco di 8 giorni) e quindi di una conferma delle aspettative, la persona con maggiori probabilità, non sentirà l'esigenza di sviluppare specifiche attribuzioni di responsabilità per spiegare il fenomeno.

Diverse ricerche hanno confermato l'effetto diretto dei processi di attribuzioni di responsabilità sulla soddisfazione dell'utente (Oliver & DeSarbo, 1988; Richins, 1983). A tal proposito Bitner (1990) in riferimento al paradigma della smentita/discrepanza, situa le attribuzioni dopo il processo di smentita in quanto processo di risposta ad una percezione di discrepanza e prima della valutazione di soddisfazione.

Più recentemente alcuni Autori hanno suggerito un'influenza indiretta delle attribuzioni sulla soddisfazione. Come affermato da Tsiros, Mittal & Ross (2004) le attribuzioni di responsabilità possono da una parte, moderare l'effetto della disconfirmation (discrepanza tra aspettative e percezioni) sulla soddisfazione, dall'altra influenzare la soddisfazione indirettamente attraverso le emozioni (Weiner, 1995; 2000). Una conferma all'ipotesi di mediazione delle emozioni tra le attribuzioni di responsabilità e la soddisfazione viene dallo studio di Taylor (1994). Nel modello proposto dall'Autrice, un'attribuzione di responsabilità del ritardo a chi eroga il servizio (misurata in termini di controllabilità sull'attesa) influenza la valutazione finale del servizio agendo attraverso le emozioni, in questo caso, di rabbia e incertezza. Casado Díaz e Mas Ruiz (2008) confermano i risultati della Taylor (1994): nel loro studio gli utenti, relativamente ai ritardi nel trasporto aereo, si dichiarano maggiormente insoddisfatti quando percepiscono la compagnia aerea (locus esterno) in grado di controllare e quindi responsabile del ritardo occorso; l'effetto dell'attribuzione sulla soddisfazione risulta essere di tipo indiretto ovvero mediato dalla reazione emotiva della rabbia.

Coerentemente con la teoria delle attribuzioni e delle emozioni di Weiner (1985) e la successiva estensione del modello di Oliver (1989), i processi attributivi risultano avere conseguenze a livello affettivo e di emozioni.

Nonostante le possibili implicazioni dell'attribuzione nel settore della customer satisfaction, ad oggi, non ci risulta la presenza in letteratura, di studi che hanno visto una sua applicazione in relazione alla problematica del tempo d'attesa per una prestazione sanitaria.

1.1.5. Il valore percepito per l'utente

La creazione di valore e, in particolare di valore per l'utente, rappresenta per le moderne organizzazioni la fonte futura per la creazione di vantaggi competitivi sul mercato (Woodroff, 1997).

Nonostante l'attenzione crescente riservata negli anni a tale costrutto, non si riscontra ad oggi una definizione univoca e condivisa su ciò che costituisce valore in generale e, per l'utente in particolare (Payne & Holt, 2001). Il concetto di valore risulta essere alquanto poco chiaro, di incerta definizione e soggetto a diverse e differenti interpretazioni.

L'analisi della letteratura rivela come il valore percepito sia stato utilizzato in un'ampia varietà di contesti, di volta in volta, in termini di creazione di valore aggiunto per l'utente, di valore percepito dall'utente (customer perceived value) e di valore dell'utente (customer lifetime value). Inizialmente confinato al settore economico e basato sulle teorie dello scambio e dell'utilità, si è esteso negli anni alla psicologia sociale e del marketing.

Se nelle scienze sociali, il concetto di valore viene fatto rientrare nel più ampio contesto dei valori umani, nella prospettiva del marketing esso richiede di essere definito a partire dal punto di vista specifico dell'utente (Drucker, 1965). Ciò che costituisce valore è strettamente personale e come tale può ampiamente differenziarsi fra un utente e l'altro (Holbrook, 1994; Zeithaml, 1988); proprio in virtù della sua soggettività, il valore percepito risulta un costrutto di difficile definizione e misurazione. Sempre nella prospettiva del marketing, il termine valore – al singolare – si distingue dai valori – al plurale – : mentre il primo si riferisce al giudizio preferenziale, i valori concernono i criteri attraverso cui il giudizio viene formulato (Holbrook, 1994).

I valori sono definiti delle credenze della persona molto radicate e durevoli nel tempo (Rokeach, 1973); il valore, in quanto espressione di una preferenza, viene definito come il risultato di un processo di confronto e di interazione tra l'utente e il servizio (Woodruff, 1997).

Il valore percepito si differenzia, quindi, dai valori relativi alla persona e all'organizzazione, in quanto inerente in maniera specifica le situazioni di acquisto e/o erogazione di un prodotto/servizio e in quanto determinato dalla percezione dell'utente e non da fattori contingenti e controllabili da chi vende/eroga il servizio.

In generale per valore percepito si intende l'insieme dei benefici ricevuti in rapporto ai costi, monetari e non, sostenuti; più specificatamente alla psicologia del marketing, esso rappresenta ciò che l'utente vuole e ritiene di ottenere acquistando un determinato prodotto o usufruendo di un particolare servizio (Anderson, Jain & Chintagunta, 1993).

Secondo Lovelock & Gummesson (2004) il valore per l'utente è dato dalla somma di tutti i benefici percepiti meno la somma di tutti i costi percepiti. Nell'attuale scenario di un mercato sempre più competitivo, l'utente ha la possibilità di poter scegliere tra diversi prodotti e servizi. Egli quindi valuta il valore relativo ad ogni scelta e seleziona l'alternativa più valida ovvero quella che presenta il maggior valore.

Zeithaml (1988) sviluppa 4 definizioni di valore dalla prospettiva dell'utente: valore è un prezzo basso; valore è tutto ciò che si vuole da un prodotto/servizio; valore è qualità ricevuta in rapporto alla spesa; valore è ciò che si ottiene in rapporto a ciò che si dà.

Il valore percepito per l'utente si riferisce, quindi, alla valutazione complessiva dell'utente in merito a ciò che viene ricevuto in rapporto a ciò che viene dato (Zeithaml, 1988) ovvero al trade-off tra le qualità e i benefici percepiti come associati al prodotto/servizio e i sacrifici/costi, sia psicologici sia economici, da sostenere per ottenerli (Dodds, Monroe & Grewal, 1991). I benefici percepiti si riferiscono alla combinazione di numerosi elementi tra cui gli attributi fisici del prodotto, le caratteristiche del servizio stesso, del supporto tecnologico, in relazione alla particolare situazione di erogazione; i costi percepiti, inizialmente descritti solo in termini monetari (Anderson *et al.*, 1993), sono stati successivamente ampliati fino a contenere anche i costi di tipo "psicologico" (Monroe, 1990).

Nonostante l'interesse suscitato dal costrutto del valore percepito, anche per la sua novità teorica e applicativa, la maggior parte delle ricerche si è limitata ad analizzarlo ad un livello concettuale e teorico; sono ancora poche le ricerche empiriche sulle possibili relazioni del valore percepito con altri costrutti (Payne & Holt, 2001).

Basandosi sulla concettualizzazione del valore percepito come differenza tra benefici e costi percepiti, Dodds *et al.*, (1991) giungono nel loro modello ad evidenziare il ruolo di antecedente del valore percepito sull'intenzione di acquisto da parte dell'utente. Nel modello di Woodruff (1997) il valore percepito viene concepito come gerarchicamente strutturato nei livelli relativi agli obiettivi del processo di consumo, alle conseguenze e agli attributi; in tale prospettiva, il valore percepito risiede in tutte le fasi del processo di smentita delle aspettative dell'utente.

Supporti al ruolo del valore percepito nella comprensione del comportamento dell'utente derivano anche da Slater (1997) e da Parasuraman (1997).

A livello di misurazione, il valore percepito è stato rilevato sia in termini di valutazione del valore ricevuto in rapporto al prezzo sostenuto su una scala di smentita soggettive delle aspettative ("peggiore rispetto alle aspettative" vs "migliore rispetto alle aspettative") (Woodruff, 1997; Oh, 1999), sia in termini di livello di accordo/disaccordo in merito al valore che l'utente ritiene di aver ricevuto dal servizio (McDougall & Levesque, 2000).

Nell'ambito del marketing e della psicologia del consumatore, le ricerche hanno evidenziato una relazione tra valore percepito e intenzione di ripetere l'acquisto e tra valore percepito e soddisfazione dell'utente.

In merito alla relazione tra valore percepito e customer satisfaction, le ricerche condotte hanno evidenziato un'influenza diretta del valore percepito sulla valutazione di soddisfazione (Andreassen & Lindestad, 1998; Cronin, Brady & Hult, 2000; Crosby & Stephens, 1987; McDougall & Levesque, 2000; Patterson & Spreng, 1997).

In valore percepito, inoltre, influenza le intenzioni di riacquisto e il passaparola sia direttamente sia indirettamente agendo attraverso la soddisfazione percepita dall'utente (Dodds & Monroe, 1985; Dodds *et al.*, 1991; Hellier *et al.*, 2003; Oh, 1999).

Nel nostro studio relativo alla soddisfazione per i tempi d'attesa per valore percepito si intende la valutazione da parte dell'utente dei benefici che riceve dal servizio in rapporto ai costi, monetari e non, che deve sostenere (Woodruff, 1997;

Holbrook, 1994; Zeithaml, 1988). Nello specifico il tempo d'attesa viene considerato un sacrificio/costo che la persona è disposta, o meno a sostenere per ottenere in cambio dei benefici percepiti come importanti e che possono concernere l'efficacia del trattamento, le agevolazioni economiche e logistiche, il rapporto umano e di conoscenza con lo staff e la struttura sanitaria.

A partire dalle evidenze della letteratura, il valore percepito viene considerato una variabile antecedente alla soddisfazione che può intervenire nelle varie fasi del processo di smentita delle aspettative (Woodruff, 1997).

Pochi sono gli studi che hanno considerato il ruolo del valore percepito in simultanea con altre variabili nel processo di valutazione di soddisfazione dell'utente (McDougall & Levesque, 2000; Oh, 1999); per cui risulta interessante nel nostro studio valutare il potenziale ruolo di questo costrutto nell'agire direttamente e indirettamente sulla soddisfazione per i tempi d'attesa.

1.1.6. Le emozioni

A partire da James (1884), diverse sono state le definizioni proposte sulle emozioni, ciascuna con un'attenzione focalizzata sulle diverse possibili componenti (biologica, comportamentale, psicologica) o espressioni delle stesse. Secondo Desmet (2003) non esiste una soluzione al dibattito in merito alle componenti sufficienti e necessarie per definire un'emozione: esse rappresentano un fenomeno multi sfaccettato che include reazioni comportamentali, espressive e fisiologiche, nonché sentimenti e sensazioni soggettive.

Una definizione più circoscritta è stata proposta da Bourne e Russo (1998) i quali intendono le emozioni come stati soggettivi interni che presentano una componente biologica, cognitiva e sociale; sempre secondo i due Autori, le emozioni presentano due principali dimensioni rilevabili, il grado di piacevolezza (piacevole vs spiacevole) e quello, di tipo più quantitativo, relativo all'intensità con cui l'emozione viene vissuta (moderata vs estrema).

Relativamente alla customer satisfaction, le emozioni si riferiscono ad un set di risposte affettive che possono verificarsi durante l'esperienza dell'utente con il servizio (Westbrook & Oliver, 1991).

Tradizionalmente i modelli di spiegazione della soddisfazione e della qualità del servizio si sono basati prevalentemente su misure cognitive riconducibili alle aspettative e alle percezioni e alla discrepanza tra di esse, escludendo il ruolo delle emozioni e, più in generale della componente affettiva, associate al servizio (Liljander & Strandvik, 1997); ruolo che, invece, risulta di notevole rilevanza come sottolineato dai risultati di più recenti ricerche empiriche (Casado Díaz & Mas Ruiz, 2002; Martin, O'Neill, Hubbard & Palmer, 2008; Smith & Bolton, 2002; Westbrook & Oliver, 1991) e che ha portato diversi Autori a suggerire l'inclusione di una componente o di una scala di tipo affettivo negli strumenti di rilevazione delle customer satisfaction (Barsky & Nash, 2002; Mattila, 2001; Yu & Dean, 2001).

I primi lavori che hanno evidenziato la potenzialità da parte dei servizi di elicitare, oltre ad una risposta cognitiva, una varietà complessa e articolata di risposte emotive e affettive, sono riconducibili a Westbrook e Oliver (1991). Entrambi gli studi mediante l'utilizzo della scala DES – Differential Emotion Scale (Izard, 1977) mostrano la relazione tra diverse emozioni, positive e negative, e la soddisfazione. Si sottolinea come tale scala inizialmente concepita per rilevare lo stato emotivo dell'individuo ad un dato momento e basata sulle emozioni di base, sia stata utilizzata anche relativamente alle esperienze di consumo e di soddisfazione dell'utente (Oliver, 1993; Vinagre & Neves, 2008). Tuttavia, alla luce di alcune criticità messe in luce da Richins (1997) relativamente alla peculiarità di ogni contesto e alla tendenza delle emozioni ad essere contesto-specifiche, nella maggior parte delle indagini si sono utilizzate delle scale appositamente costruite e adattate al contesto indagato, volte a rilevare il livello d'intensità esperito dall'utente relativamente a determinate emozioni (Casado Díaz & Mas Ruiz, 2002; Homburg *et al.*, 2006; Pruyn & Smidts, 1998; Taylor, 1994).

In relazione al ruolo di antecedente alla customer satisfaction, le emozioni risultano in grado di influenzare la soddisfazione in maniera diretta nonché agendo come variabili mediatrici ovvero assorbendo in parte o totalmente l'effetto sulla soddisfazione di altre variabili.

Ad esempio l'indagine di Vinagre e Neves (2008) ha indagato e verificato empiricamente le relazioni tra soddisfazione per il servizio sanitario e variabili quali le emozioni positive e negative, le aspettative e l'implicazione ovvero l'importanza rivestita dal servizio per l'utente. Per quanto concerne le emozioni, i risultati

evidenziano come esse impattino sulla soddisfazione in maniera diretta e indiretta, ovvero mediando parzialmente gli effetti dell'implicazione e delle aspettative sulla soddisfazione.

Altri studi si sono concentrati sul ruolo di mediazione delle emozioni associate al servizio tra le attribuzioni di controllabilità e locus della causalità e la complessiva soddisfazione per il servizio (Casado Díaz & Màs Ruíz, 2002, Taylor, 1994). Nello specifico, negli studi di Casado Díaz e Màs Ruíz del 2002 e di Taylor del 1994, l'attribuzione del controllo della causa del ritardo del servizio (e quindi della relativa attesa) alla struttura che eroga il servizio, influenza negativamente e indirettamente la soddisfazione dell'utente agendo come catalizzatore di emozioni negative associate al servizio, in particolare della rabbia esperita.

In relazione all'attesa, diversi studi hanno mostrato come durante l'attesa per l'erogazione di un servizio, gli utenti sperimentino emozioni negative quali ansia, incertezza, irritazione, agitazione, stress, frustrazione (Hui, Dubè & Chebat, 1997; Hui & Tse, 1996; Maister, 1985; Pruyn & Smidts, 1998; Taylor, 1994).

Un'attesa percepita come lunga e/o eccessiva può comportare con molta probabilità una risposta di stress fisico e psicologico, soprattutto quando l'utente associa al servizio da ricevere delle conseguenze e delle implicazioni percepite come importanti. La correlazione positiva tra la situazione dell'attesa e lo stress percepito dalla persona è stata dimostrata matematicamente da Osuna nel suo studio del 1985. La componente emotiva sembra quindi legarsi strettamente alla situazione di attesa influenzandone sia la percezione (Maister, 1985) sia le possibili conseguenze in termini di soddisfazione dell'utente.

La risposta affettiva all'attesa in termini di emozioni percepite durante la stessa si è dimostrata un importante antecedente della soddisfazione dell'utente (Hui & Tse, 1996; Pruyn & Smidts, 1998).

In particolare, di notevole interesse è lo studio condotto da Pruyn e Smidts (1998) in ambito ospedaliero relativamente al tempo passato nella sala d'attesa precedente la visita con il medico. Oltre ad indagare gli effetti di elementi situazionali quali la presenza di distrattori e la piacevolezza della sala d'attesa, gli Autori si sono proposti di verificare il ruolo di antecedente diretto nonché di mediatore della componente emotiva associata all'attesa sulla soddisfazione per il servizio; i risultati

confermano sia un impatto diretto delle emozioni sulla soddisfazione complessiva del servizio e sulla valutazione cognitiva dell'attesa come lunga vs corta, sia uno indiretto nella relazione tra smentita del tempo accettabile e soddisfazione del servizio ovvero all'aumentare del gap percepito aspettative-percezioni aumenta il livello e di intensità con cui si provano determinate emozioni, e tale stato affettivo influenzerà negativamente la soddisfazione dell'utente. Occorre notare, che inserendo nel modello, in un secondo momento, un effetto diretto della smentita del tempo accettabile sulla soddisfazione (non ipotizzato nel modello testato) si verifica un miglioramento degli indici di fit, a supporto di come l'aspetto cognitivo legato alla smentita delle aspettative ricopra un'importante nel determinare il giudizio di soddisfazione.

Ne consegue l'opportunità di considerare, nei modelli relativi alla soddisfazione dell'utente, sia gli aspetti cognitivi sia quelli affettivi valutandone gli effetti in maniera simultanea (Homburg *et al.*, 2006).

2. IL RUOLO DELL'ATTESA NELLA CUSTOMER SATISFACTION

Il tempo atteso per ricevere un servizio, rappresentando tipicamente il primo contatto diretto tra cliente e organizzazione, riveste un ruolo importante nel determinare i successivi atteggiamenti e comportamenti del cliente in termini di soddisfazione del servizio, di fidelizzazione e di pubblicità mediante un passaparola positivo. Un cliente irritato o infastidito dall'aver atteso a lungo l'erogazione di un servizio, con molta probabilità si lamenterà della qualità del servizio, nonostante esso risulti del tutto accettabile. Una sorta di effetto alone per cui la valutazione della qualità del servizio viene influenzata non solo dal servizio effettivamente ricevuto ma anche dalle varie fasi di erogazione dello stesso che includono, tra le altre, il tempo d'attesa.

Questa maggiore enfasi posta sulla puntualità e rapidità di erogazione del servizio riflette, da una parte la crescente competitività tra le organizzazioni in un'economia sempre più globale, dall'altra la criticità della risorsa tempo per gli individui, soprattutto, in quei paesi più sviluppati e con elevati standard di vita. All'aumentare di tali standard, infatti, corrisponde un aumento del valore associato al

tempo e la conseguente ricerca e preferenza per quei prodotti e servizi che, minimizzando lo spreco di tempo, consentono di raggiungere livelli di soddisfazione maggiori.

Alcuni modelli sulla valutazione del servizio suggeriscono che il ritardo associato all'attesa influenzerà negativamente uno o più attributi del servizio i quali, a loro volta, incideranno sulla valutazione globale del servizio (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Nell'ambito della qualità del servizio la puntualità è risultata essere una componente importante della percezione di affidabilità del servizio e l'affidabilità del servizio risulta essere una determinante molto forte della valutazione complessiva di qualità del servizio (Berry & Parasuraman, 1991).

L'attenzione posta sulla soddisfazione del cliente deriva dal legame esistente tra servizio erogato, percezione del servizio da parte del cliente e comportamento futuro del cliente nei riguardi dell'organizzazione che ha erogato il servizio. Un cliente soddisfatto per cui la percezione della performance del servizio, in questo caso il tempo atteso per ricevere il servizio, è stata migliore o uguale a quelle che erano le sue aspettative sul tempo da attendere, ripeterà i suoi acquisti presso la medesima organizzazione, aumenterà la frequenza dei contatti e, nelle interazioni con altri potenziali clienti, promuoverà la sua immagine con dei passaparola positivi incrementandone i profitti; viceversa, un cliente insoddisfatto e che quindi ha atteso ben oltre quelle che erano le sue aspettative sul servizio, potrà comportare delle conseguenze negative in termini di pubblicità e profitti.

Comprendere le variabili implicate nella soddisfazione per i tempi d'attesa di un servizio riveste una notevole importanza dal momento che, da tale valutazione dipenderà, in parte, la percezione globale di qualità del servizio e la soddisfazione complessiva per il servizio erogato (Bielen & Demouilin, 2007; Pruyn & Smidts, 1998). Diversi, per contesto e variabili esaminate, sono gli studi che si sono focalizzati sulla relazione tra tempo d'attesa e soddisfazione del cliente.

Nel loro studio in un contesto bancario, Clemmer e Schneider (1989) evidenziano come la quantità di tempo passato in coda in attesa di ricevere il servizio correli significativamente con la soddisfazione complessiva, la soddisfazione relativa ai tempi d'attesa e la soddisfazione della qualità del servizio; in un altro studio effettuato su più banche, Katz, Larson e Larson. (1991) confermano l'ipotesi secondo cui la

soddisfazione dell'utente diminuisce all'aumentare del tempo d'attesa. Anche nel contesto della ristorazione ad una maggiore attesa corrisponde un più alto livello di insoddisfazione del servizio (Davis & Vollman, 1990).

Davis e Maggard (1990) sottolineano una maggiore influenza del tempo trascorso ad aspettare sulla soddisfazione complessiva rispetto al tempo necessario per fruire del servizio stesso.

Ulteriori implicazioni dell'attesa concernono le intenzioni successive dell'utente di rivolgersi nuovamente alla stessa struttura in termini di fidelizzazione nonché di consigliarla/sconsigliarla ad altri.

Le ricerche di Bielen e Demoulin (2007) e Casado Díaz e Màs Ruíz (2002) e hanno confermato il ruolo della soddisfazione per l'attesa sulla successiva intenzione dell'utente di rivolgersi alla medesima organizzazione. In particolare, il recente studio di Bielen e Demoulin (2007) sottolinea come la soddisfazione specifica per i tempi d'attesa nel contesto sanitario non determini solo una valutazione di soddisfazione complessiva per il servizio, ma risulti anche in grado di moderare la relazione tra soddisfazione complessiva per il servizio e lealtà da parte dell'utente rilevata in termini di intenzione di rivolgersi, in caso di bisogno, alla medesima struttura e di raccomandare la struttura a familiari e/o amici.

In tale prospettiva, il tempo d'attesa può da una parte agire direttamente sulla soddisfazione per i tempi d'attesa, dall'altra, influenzare la soddisfazione complessiva per il servizio, la valutazione di qualità del servizio, le intenzioni di rivolgersi nuovamente alla stessa struttura e il consigliarla/sconsigliarla ad altri, mediante un'azione indiretta ovvero mediata dalla soddisfazione per il tempo d'attesa.

Migliorare la soddisfazione e la valutazione di qualità complessiva del servizio implica di conseguenza anche un'azione mirata sui tempi d'attesa e una loro gestione efficace. In tale prospettiva risulta importante comprendere come il cliente/utente percepisce, valuta e consuma il tempo durante l'attesa nonché individuare quelle che sono le variabili in grado di influenzare la percezione del tempo d'attesa e, di conseguenza, la soddisfazione relativamente al tempo atteso e al servizio fruito.

2. 1. L'esperienza dell'attesa nei servizi

Dalle definizioni presenti nei diversi dizionari della lingua italiana, il tempo dell'attesa si riferisce all'intervallo di tempo che ha luogo tra due fatti o allo stato di preparazione che precede la completa attuazione di un passaggio e che può determinare uno stato di sospensione dall'azione, di ansia e di desiderio.

L'attesa è un elemento comune e pervasivo nella maggior parte delle situazioni di acquisto ed erogazione di un servizio; in tale prospettiva, essa si riferisce al tempo che intercorre tra il momento in cui l'utente è pronto a ricevere il servizio e quello in cui il servizio ha inizio (Taylor, 1994; Taylor & Fullerton, 2000). Può altresì, essere definita come lo stato di prontezza dell'utente esperito durante l'attesa (Taylor, 1994).

Il tempo d'attesa presenta quattro aspetti: tempo oggettivo, soggettivo, cognitivo e affettivo. Mentre il tempo oggettivo concerne la durata temporale reale dell'attesa di solito rilevata tramite un timer (Davis & Vollman, 1990; Katz *et al.*, 1991; Taylor, 1994), il tempo soggettivo si riferisce alla stima del tempo atteso effettuata dall'utente. Il tempo soggettivo viene solitamente rilevato mediante le percezioni dell'utente (Hui & Tse, 1996; Pruyn & Smidts, 1998) e risulta dipendere dalla durata reale dell'attesa ovvero dal tempo oggettivo (Hornick, 1984; Antonides, Verhoef & Van Aalst, 2002).

La componente cognitiva dell'attesa si riferisce alla valutazione di accettabilità, ragionevolezza e tollerabilità dell'attesa (Durrande-Moreau, 1999) così come alla sua valutazione di lunga vs corta (Pruyn & Smidts, 1998). La componente affettiva consiste nelle risposte emotive all'attesa quali possono essere la noia, la rabbia, l'ansia, la frustrazione, lo stress, ... (Pruyn & Smidts, 1998; Taylor, 1994).

Ulteriori fattori possono essere utilizzati per descrivere differenti tipi di attesa.

I clienti possono aspettare prima (pre-process), durante (in-process) e dopo (post-process) una transazione (Dube-Rioux, Schmitt & Leclerc, 1989); l'attesa pre-process risulta essere più spiacevole rispetto a quella che occorre durante il processo, allorché l'utente è già stato preso in carico sottolineando l'urgenza di porvi maggiore attenzione (Venkatesan & Anderson, 1985).

La medesima attesa pre-process può essere distinta in attesa che precede un appuntamento, attesa che segue l'appuntamento ovvero il ritardo e attesa in fila, in cui il cliente deve mettersi in coda per ricevere il servizio desiderato (Taylor, 1994).

È possibile, inoltre, dicotomizzare ulteriormente l'attesa del servizio a seconda che il cliente sia fisicamente presente, come l'attesa nella sala prima di essere visitato dal medico, o che possa attendere altrove come aspettare nella propria abitazione il giorno dell'appuntamento per effettuare un esame medico e, estendendo la dicotomia di Schwartz (1978) a seconda che le file d'attesa siano "attive" in cui l'utente attende un tempo breve o "passive" caratterizzate da un tempo d'attesa lungo.

In merito agli approcci di studio, si evidenzia in letteratura la presenza di due principali approcci per lo studio dell'attesa e la sua gestione. Il primo, definito approccio della *gestione delle operazioni* si propone di determinare mediante l'utilizzo di modelli matematici la lunghezza delle file di attesa e la durata dei tempi di attesa e di individuare possibili strategie correttive basate su una gestione più efficiente delle operazioni, aumentando ad esempio la capacità dell'offerta o sviluppando sistemi di prenotazione e di file più efficienti (Gross & Harris, 1985; Newell, 1982; Prabhu, 1997). Tuttavia, l'applicazione di tali modelli matematici al contesto dei servizi è apparso sin da subito limitativo per due ragioni fondamentali. Innanzitutto, l'applicazione di tali modelli non tiene in considerazione le caratteristiche salienti di un servizio riconducibili all'intangibilità del prodotto offerto ovvero una performance, all'imprevedibilità ed eterogeneità della domanda che richiede un adattamento continuo alle specifiche esigenze del cliente con la conseguente difficoltà di standardizzare o omogeneizzare le attività e, alla partecipazione dell'utente in tutte le fasi del processo. In secondo luogo essa non considera l'influenza di fattori cognitivi e affettivi individuali tra cui, ad esempio, la percezione del tempo atteso, le interpretazioni dei clienti sui motivi dell'attesa in termini di attribuzioni di causa, i vissuti emotivi, il valore percepito del servizio, fattori che invece risultano avere una forte influenza sulla percezione del tempo atteso e la conseguente soddisfazione del cliente in merito all'attesa esperita (Cameron *et al.*, 2003; Jones & Peppiat, 1996; Taylor, 1994). Dal momento che l'attesa coinvolge la persona, il tempo e l'ambiente circostante, essa va considerata come un fenomeno sociale e psicologico (Nie, 2000) la cui comprensione risulta fondamentale per ridurre l'impatto negativo della stessa sulla soddisfazione e la qualità del servizio da parte dell'utente.

Più recentemente, Lovelock e Gummesson (2004) hanno ribadito il ruolo centrale ricoperto dal tempo nel contesto dei servizi raccomandando l'opportunità di

porre maggiore attenzione alla comprensione di come l'utente percepisce, valuta e consuma tale tempo.

Per tale motivo negli anni si è assistito allo sviluppo del secondo approccio relativo alla *gestione psicologica dell'esperienza dell'attesa* il quale si propone di comprendere come l'utente percepisce l'attesa e quali sono le principali variabili individuali, di tipo cognitivo, affettivo e motivazionale, in grado di influenzare la percezione del tempo d'attesa e la conseguente soddisfazione.

Di seguito verranno presentati un breve excursus sulle principali variabili coinvolte nella percezione dell'attesa e un approfondimento relativo al tempo d'attesa per una prestazione sanitaria.

2.2. Le variabili coinvolte nella percezione dell'attesa: da Maister ai giorni nostri

I primi studi inerenti la tematica dell'attesa, presenti nella letteratura internazionale, si sono soffermati sull'analisi dell'attesa che l'individuo esperisce sul posto trovandosi in una fila o coda.

Partendo dallo studio di modelli analitici, Maister (1985) fu tra i primi studiosi ad occuparsi dell'attesa secondo una prospettiva comportamentale giungendo a delineare una teoria della gestione delle "code/file". Il suo lavoro non solo ha permesso di identificare un insieme di variabili in grado di influenzare la percezione del tempo d'attesa, ma anche di creare un vocabolario e una struttura cui riferirsi negli studi successivi.

Gli 8 postulati di Maister sono:

1. il tempo d'attesa non occupato è percepito come più lungo del tempo occupato (*distrazione*);
2. il tempo d'attesa a priori (pre-process, precedente il processo di fruizione del servizio) è percepito come più lungo dell'attesa in fieri (in-process, durante il processo di fruizione) (*momento*);
3. l'ansia dilata la percezione del tempo d'attesa (*ansia*);
4. l'attesa incerta risulta più lunga di quella certa (*incertezza*);
5. l'attesa priva di spiegazione risulta più lunga dell'attesa provvista di spiegazione (*spiegazione*).

6. l'attesa percepita come ingiusta/non equa risulta più lunga dell'attesa percepita come equa (*equità*)
7. al maggior valore attribuito al servizio corrisponderà una maggiore disponibilità ad attendere da parte dell'utente (*valore*)
8. l'attesa solitaria risulta più lunga dell'attesa in compagnia (*solitudine*)

Solo qualche mese prima, Hornik (1984) aveva pubblicato il primo studio empirico sull'attesa nel settore della vendita al dettaglio con l'obiettivo di analizzare le relazioni tra condizioni di attesa e percezione del tempo. Di notevole interesse sono i risultati in merito al legame tra durata reale dell'attesa e durata percepita: in media le persone sovrastimano il tempo d'attesa del 36%. Inoltre, gli altri fattori (lunghezza e tipologia della fila, motivazione e abitudine) sembrano non avere nessun impatto significativo.

Entrambi gli studi, il primo da un punto di vista teorico-qualitativo e il secondo da un punto di vista empirico-quantitativo, tentano di evidenziare il legame tra condizione dell'attesa, oggettiva vs soggettiva, e stato d'animo del cliente, focalizzandosi in particolare sulle attese lunghe.

Successivamente, le ricerche si sono sempre più indirizzate allo studio degli aspetti comportamentali dell'attesa, o comunque legati all'individuo, evidenziando una serie di tematiche di notevole interesse tra cui le aspettative sul tempo di attesa (Jones & Mowen, 1991; Tome & Lucey, 1995, 1997), le reazioni emotive associate all'attesa (Osuna, 1985; Pruyn & Smidts, 1998; Taylor, 1994), le attribuzioni di causa e di responsabilità (Folkes, 1988; Taylor, 1994) e il legame tra tempo d'attesa e soddisfazione del cliente (Bielen & Demoulin, 2007; Davis & Heineke, 1994; Pruyn & Smidts, 1998).

Un'esaustiva rassegna degli studi effettuati in vari contesti sulla tematica dell'attesa e sui fattori che possono influenzarla è stata proposta da Durrande-Moreau (1999).

Dal 1984 al 1997, l'intervallo temporale preso in esame dall'Autrice, sono 30 gli articoli sul tema *attesa* pubblicati su riviste scientifiche e internazionali; di questi 18 riportano studi empirici basati su esperimenti di laboratorio e/o studi sul campo. Occorre sottolineare come molti di questi studi si siano focalizzati sull'attesa *sul posto* ovvero sull'esperienza del trovarsi in fila o in coda per ricevere un servizio.

Le variabili sono state raggruppate dalla Durrande-Moreau (1999) sulla base di tre criteri. Il primo distingue i fattori che intervengono prima dell'attesa da quelli che hanno luogo durante; ad esempio, la motivazione alla fruizione di un servizio è un fattore che precede l'attesa al contrario della distrazione in termini di occupazione del tempo in cui si attende, la quale ha luogo durante l'attesa. Il secondo differenzia i fattori a seconda che siano legati più all'individuo (come l'abitudine) o alla situazione, come il livello di informazioni fornito in merito al tempo d'attesa restante o la predisposizione di materiale e attività per impegnare l'attesa. Il terzo, infine differenzia i fattori relativi alla durata temporale dell'attesa da altri fattori non classificabili in altri termini.

L'Autrice arriva in questo modo all'identificazione di 6 gruppi in cui distribuire i fattori in grado di agire sulla percezione del tempo d'attesa:

1. Prima dell'attesa:
 - a. Aspettativa personale (fattori individuali connessi alla durata);
 - b. Valore, abitudine, motivazione, umore, pressione del tempo (fattori individuali indipendenti dalla durata);
 - c. Aspettativa manipolata (fattori situazionali connessi alla durata).
2. Durante l'attesa:
 - a. Percezione dell'ambiente, auto distrazione e spiegazione (fattori individuali indipendenti dalla durata);
 - b. Durata reale (fattori situazionali connessi alla durata);
 - c. Distrazione suggerita, momento, incertezza, spiegazione manipolata, non equità, attesa solitaria, ambiente manipolato (fattori situazionali indipendenti dalla durata).

Gli studi esaminati sono stati inseriti all'interno di tali categorie e presentati secondo un ordine di importanza definito dall'influenza dei fattori sulle variabili dipendenti considerate: la durata (lunga/corta), l'esperienza di attesa nelle sue componenti cognitiva (tempo d'attesa ragionevole tollerabile, accettabile) e affettiva (irritazione, ansia, noia, stress, ...) e l'esperienza complessiva del servizio.

La *durata reale* dell'attesa risulta essere la categoria in grado di esercitare la più forte influenza sui 3 livelli considerati ovvero gli studi rientranti in questa categoria giungono alla medesima conclusione: maggiore è la durata, più negativa è la valutazione dell'esperienza di attesa.

Segue *l'aspettativa dell'individuo*: a parità di durata temporale dell'attesa, il cliente che si aspettava un'attesa più corta reagirà in maniera più negativa; un classico meccanismo di confronto tra aspettative e realtà che ben esemplifica il paradigma della conferma-smentita tra aspettative e percezioni. Da notare come nella rilevazione della smentita delle aspettative, nelle diverse ricerche si siano utilizzati come livello delle aspettative la nozione di durata probabile in base al contesto specifico (Davis & Vollmann, 1990), la nozione di durata ragionevole (Katz *et al.*, 1991) o di durata massima tollerabile (Smidts & Pruyn, 1994). Un'influenza relativamente importante sulla percezione dei tempi d'attesa viene agita da una serie di variabili individuali precedenti l'attesa e difficilmente controllabili dall'erogatore del servizio quali il *valore attribuito al servizio*, *l'abitudine*, *la motivazione*, *l'umore*, *la pressione del tempo*. Pur se difficili da rilevare, data la loro importanza risulta opportuno tentare di adattare il servizio a quelle che sono le caratteristiche rilevabili del cliente riservando, ad esempio, un trattamento mirato al cliente che per la prima volta usufruisce del servizio e servendo più rapidamente il cliente che necessita di un piccolo servizio così come il cliente che va di fretta.

La *manipolazione dell'aspettativa* mediante *l'informazione* al cliente sul tempo restante da attendere può condurre ad effetti variabili a seconda delle situazioni e dei clienti i quali non sempre sono disposti a farvi affidamento. Informare e annunciare il tempo d'attesa restante può, quindi, avere inaspettati effetti negativi. In primo luogo, il cliente a volte sottostima il tempo d'attesa per cui informarlo sul tempo che occorre ancora attendere significa anche renderlo consapevole della realtà temporale aumentando di conseguenza la stima dell'attesa; in secondo luogo, l'annuncio distoglie l'attenzione del cliente dal valore e dai vantaggi del servizio orientandolo sul tempo atteso mentre si è in coda. Le persone tendono ad abbandonare la fila nel momento in cui viene loro fornita l'informazione sul tempo da attendere anche quando la durata reale risulta essere leggermente più corta rispetto ad un gruppo di controllo che non riceve alcuna informazione (Katz *et al.*, 1991), fenomeno che può essere spiegato come un effetto *wait label* (marchio dell'attesa) (Durrande-Moreau, 1997).

Altri studi hanno mostrato come, invece, informare il cliente possa migliorare la sua esperienza d'attesa riducendo la sensazione di incertezza e di frustrazione sottolineando l'utilità dell'informazione per i clienti che si trovano in una situazione

critica quali possono essere dei tempi d'attesa che superano di molto le aspettative sul servizio (Hui & Tse, 1996).

I fattori individuali – *percezione dell'ambiente, auto-distrazione e spiegazione* – occorrenti durante l'attesa sono tanto importanti quanto complicati da gestire. Ovviamente, la possibilità di distrarsi comporta un'attesa più piacevole e veloce poiché un cliente che di propria iniziativa legge o parla sarà meno impaziente (Taylor, 1994); similmente, una percezione piacevole dell'ambiente in cui si attende si rifletterà anche sulla percezione dell'esperienza complessiva di attesa (Smidts & Pruyn, 1994). In merito alla spiegazione che il cliente si costruisce per motivare la sua attesa, chi attribuirà le cause del problema all'erogatore del servizio (locus esterno) mostrerà atteggiamenti più positivi nei riguardi dell'attesa (Chebat *et al.*, 1995; Taylor, 1994).

In merito ai fattori situazionali e contingenti durante l'attesa – *distrazione suggerita, incertezza, spiegazione manipolata, non equità, attesa solitaria, ambiente manipolato* – i risultati raggiunti negli studi non risultano ancora convincenti.

In relazione alla percezione dell'attesa, gli studi presi in esame hanno evidenziato, innanzitutto, come i fattori temporali, la durata reale e l'aspettativa, risultino essere i più rilevanti nell'influenzare l'esperienza d'attesa del cliente. Seguono i fattori individuali, sia precedenti sia occorrenti durante l'attesa, riconducibili al valore che l'utente attribuisce al servizio e alla motivazione ad ottenerlo, all'umore, all'abitudine nonché alle spiegazioni che l'utente si dà per spiegarsi l'attesa e a fattori ambientali che possono rendere l'attesa più piacevole.

2.3. La gestione delle variabili dell'attesa

Un'ulteriore possibile classificazione è quella basata sulla possibilità da parte dell'organizzazione che eroga il servizio di controllare e *gestire la percezione dell'esperienza di attesa*, proposta da Davis e Heineke (1994), agendo sui fattori in grado di influenzarla; oltre a definire le variabili coinvolte, tale classificazione permette di delineare suggerimenti e spunti operativi mirati rispetto alle strategie da adottare per una più efficace gestione dei tempi d'attesa nel contesto di erogazione di servizi.

La tassonomia proposta riprende gli otto postulati di Maister (1985) distinguendoli in postulati controllabili totalmente dall'erogatore del servizio, postulati controllabili sia da chi eroga il servizio sia dal cliente e postulati controllabili esclusivamente dal cliente. Da notare, inoltre, l'aggiunta del postulato secondo cui l'attesa scomoda risulta più lunga dell'attesa comoda e in condizioni confortevoli.

2.3.1. Fattori controllabili da chi eroga il servizio

I fattori in grado di influenzare la percezione dei tempi d'attesa potenzialmente controllabili da parte di chi eroga il servizio sono riconducibili all'equità dell'attesa, alla comodità, alla motivazione, alla certezza della durata temporale e alla fase di erogazione del servizio in cui la persona si trova ad attendere.

Con molta probabilità un'attesa percepita come ingiusta e non equa si accompagnerà ad una sensazione di malcontento e di insoddisfazione del servizio ricevuto. La questione dell'imparzialità è stata riconosciuta da Maister (1985) e formalizzata in uno dei suoi postulati e, successivamente, approfondita da Larson (1987) in termini di "*slips e skips*", errori e salti che possono verificarsi nelle situazioni di attesa: una persona X è in coda prima di Y ma riceve il servizio dopo Y; la persona X è vittima di un errore e la persona Y passa davanti X.

Tale tematica è stata successivamente ripresa in ulteriori ricerche tra cui quella di Schmitt, Dube e Leclerc (1992) che ha evidenziato come le file d'attesa rappresentino dei sistemi sociali: chi è in coda reagirà con maggiore probabilità di fronte ad un soggetto intrusivo piuttosto che in presenza di un'interruzione del servizio da parte del fornitore anche se i tempi d'attesa manipolati sono gli stessi in entrambe le situazioni. Chi si trova in coda dopo il punto di intrusione sente una sorta di obbligo morale a reagire all'intrusione anche nel rispetto del proprio diritto ad essere servito prima, reazione che sarà di maggiore intensità in presenza di un'intrusione percepita come illegittima.

A livello operativo, garantire l'imparzialità e l'equità della fila d'attesa richiede un'attenta analisi della progettazione della fila, del sistema di servizio e delle ore in cui è assicurato il contatto cliente-servizio.

Una soluzione molto utilizzata per far fronte al problema dell'imparzialità della fila consiste nel invitare i clienti a formare una singola coda. Quando uno o più

erogatori del servizio si liberano, la prima persona in coda si muove verso l'erogatore disponibile. Non solo un'unica fila viene solitamente percepita come più equa, ma anche la durata media dell'attesa viene percepita come più corta nonostante la coda si presenti come più lunga (Smith & Whitt, 1981).

Altri elementi relativi al servizio che possono condizionare la percezione dell'attesa e la sua equità si riferiscono alle interruzioni che hanno luogo nel momento dell'erogazione del servizio ovvero nell'incontro faccia a faccia tra cliente ed erogatore; ricevere un servizio mentre l'impiegato risponde al telefono o è occupato in altre mansioni trasmette l'impressione che altri utenti stiano ricevendo un trattamento prioritario aumentando la percezione dell'attesa.

Quando ci si trova in una situazione spiacevole e scomoda con molta probabilità l'esperienza di attesa sarà percepita in maniera più negativa. Diverse sono le possibili accortezze per rendere una situazione di attesa sul posto, se non piacevole almeno confortevole, attraverso un'adeguata temperatura, illuminazione, disposizione dei posti a sedere e livello dei rumori. È possibile unire confort e percezione di equità utilizzando la tecnica del "prendere un numero" la quale consente al cliente di staccarsi materialmente dalla coda per accomodarsi in un'attrezzata area di attesa dove rilassarsi, distrarsi e stare comodo.

In merito all'attesa con o senza spiegazione, la non conoscenza del motivo o della ragione per cui si sta aspettando genera malcontento e frustrazione nel cliente e, con molta probabilità una valutazione negativa del servizio (Hui & Tse, 1996). Si sottolinea come non tutte le spiegazioni avranno lo stesso effetto: sapere che il medico è in ritardo perché si è dimenticato del nostro appuntamento potrà irritarci e rendere ancora più saliente la durata dell'attesa; viceversa sapere che il medico è in ritardo perché ha avuto una chiamata per un'emergenza avrà un effetto calmante fornendo una giustificazione legittima alla nostra attesa.

Tuttavia, utilizzare in maniera ripetuta la stessa scusa/giustificazione, non importa quanto valida sia, probabilmente comporterà un azzeramento dei possibili benefici tratti da una spiegazione, per cui in presenza di attese frequenti conviene fornire al cliente una giustificazione generale assicurandolo sul fatto che non ci si è dimenticati di lui e che si provvederà a fornirgli tutte le informazioni sull'attesa così da decidere se restare o rinviare. Così facendo chi eroga il servizio riconosce le preoccupazioni dei

clienti, rispetta le loro necessità ed esigenze di essere informati ed onestamente fornisce tutte le informazioni disponibili (Davis & Heineke, 1994).

In tale prospettiva l'insoddisfazione per l'attesa aumenta in presenza di un'organizzazione che non utilizza al massimo le proprie risorse siano esse umane o tecnologiche. Nello studio di Davis e Vollman (1990), i clienti che aspettano il servizio in un ristorante hanno mostrato a parità di tempo atteso, un più alto livello di malcontento quando il locale non era pieno rispetto a quando il locale era pieno. Nell'erogazione di un servizio è logico che ci siano dei motivi per non utilizzare al cento per cento le proprie risorse tra cui le pause dei dipendenti e la necessità di completare mansioni off-line di pari importanza ma tali attività non dovrebbero essere evidenti al cliente.

Le attese di durata incerta, anche per l'ansia che possono generare, vengono percepite come più lunghe delle attese per cui si conosce la durata come evidenziato in diverse ricerche (Groth & Gilliland, 2006; Hui & Tse, 1996). Gestire efficacemente tale variabile significa tenere informato il cliente, aggiornarlo sul tempo restante da attendere o se si verificano dei cambiamenti, quando possibile ad intervalli regolari. Inoltre, come affermato da Maister (1985) e poi confermato da Davis & Maggard (1990), l'attesa che precede l'ingresso nella fase di erogazione del servizio, rispetto alle possibili attese che possono verificarsi una volta che si è già all'interno del sistema, influenza in misura maggiore la percezione del tempo e la conseguente insoddisfazione del cliente. Ciò può essere dovuto al fatto che, nell'attesa iniziale i clienti si percepiscono ancora come al di fuori del sistema; viceversa, nel momento in cui il servizio comincia ad essere erogato i clienti si considerano dentro il sistema, presi in carico nonostante ci siano ulteriori attese per giungere all'erogazione completa del servizio. Ne consegue l'interesse da parte delle organizzazioni a minimizzare la fase di attesa precedente la presa in carico del cliente anche quando la fila non è visibile al cliente come accade per le attese al telefono.

In questo caso specifico, il cliente che chiama per ottenere un'informazione o fare una prenotazione, diventa più impaziente e insofferente quando nessuno risponde e il telefono squilla a vuoto piuttosto che quando viene subito preso in carico dall'operatore nonostante venga poi messo in attesa varie volte. Sia nel contatto faccia a faccia che in quello telefonico, è opportuno che ci sia consapevolezza da parte

dell'erogatore del servizio che un'attesa prolungata, non importa in quale momento del servizio, risulta inaccettabile (Davis & Heineke, 1994).

2.3.2. Fattori controllabili sia da chi eroga il servizio sia dall'utente

Alcuni fattori inerenti la percezione dell'esperienza di attesa risultano essere parzialmente controllabili da parte di chi eroga il servizio in quanto relativi a scelte e caratteristiche dell'utente stesso come, ad esempio, la scelta di impegnare il tempo dell'attesa in altre attività o la predisposizione all'ansia.

I clienti che non sono occupati tendono a percepire il tempo di attesa come di maggior durata rispetto ai clienti che durante la loro attesa sono impegnati e occupati a svolgere altre attività siano esse collegate al servizio che attendono siano esse semplicemente attività di svago e relax. Sono disponibili molte opzioni per occupare il tempo in attesa del cliente: materiali da leggere, espositori interessanti, specchi, acquari e musica hanno dimostrato la loro utilità. Ci sono anche opportunità di occupare l'attesa dei clienti per le organizzazioni del terziario con attività significative che aumentano l'efficienza del servizio. Per esempio, al cliente in attesa di effettuare un pagamento, si possono fornire utili indicazioni (documenti necessari, modalità di pagamento, ...) di ciò che è necessario per accelerare e snellire il processo del pagamento, accelerando sia il tempo del servizio sia il tempo d'attesa (Taylor, 1994)

Un ulteriore miglioramento deriva dal rendere l'ambiente in cui si aspetta funzionale confortevole, un posto dove poter anche lavorare considerata l'attenzione crescente alla risorsa tempo da parte delle società moderne. Ambienti con tavoli o aree private divise da pareti dove i clienti possano svolgere lavoro cartaceo o utilizzare il computer portatile possono fare la differenza tra un'attesa produttiva e una non produttiva anche se non correlata all'attività del servizio.

L'ansia inerente la natura del servizio o l'incertezza dell'attesa possono avere effetti sulla soddisfazione. Qualunque attesa in una sala d'emergenza o precedente la restituzioni di importanti test di laboratorio può sembrare più lunga di ciò che è realmente. Le organizzazioni di servizi non possono eliminare l'ansia associata a certi servizi ma possono riflettere criticamente sulla natura del servizio che forniscono e prendere i provvedimenti necessari per gestire l'attesa più efficacemente soprattutto quando la presenza di fenomeni di ansia è più probabile. Fornire materiale da leggere

che occupa l'attesa e spiega la procedura da seguire può essere molto efficace così come far visionare su schermi appositi filmati informativi (Pruyn & Smidts, 1998).

2.3.3. Fattori controllabili esclusivamente dall'utente

Altri fattori quali lo stato d'animo del cliente, il fatto che sia accompagnato o da solo, non possono essere modificati dalle organizzazioni ma conoscerli e averne consapevolezza può aiutare comunque a migliorarne la gestione. Infatti, essere consapevoli di tali aspetti importanti per la percezione del cliente può servire a mettere in luce opportunità per il training e il supporto dello staff. I fattori legati esclusivamente all'utente concernono la percezione di valore attribuita al servizio e la situazione di attesa singolarmente o in compagnia di altre persone.

Le persone che attendono in coda da sole tendono diventare più impazienti rispetto alle persone che attendono in gruppo. Sebbene questo non sia un aspetto che possa essere cambiato dall'organizzazione la sua individuazione può suggerire distrazioni o alternative appropriate (Davis & Heineke, 1994).

Quando un prodotto, che sia un bene o un servizio, è percepito di grande valore i clienti sono disposti ad aspettare più a lungo di quanto aspetterebbero se il bene fosse percepito di minor valore. In altre parole, il valore del bene o del servizio è talmente grande che il cliente è disposto a subire alcuni dei costi nella forma di attesa. Come ben esplicitato da Maister (1985) l'attesa per un servizio percepito a priori come di basso valore risulterebbe intollerabile.

In merito agli studi presentati si riportano alcune considerazioni. In primo luogo, diverse e varie sono le variabili esaminate di volta in volta legate alla durata temporale, all'individuo e alla situazione, il cui ruolo nell'influenzare la percezione del tempo d'attesa non è sempre stato verificato come ad esempio per l'informazione data all'utente in merito al tempo d'attesa restante (Katz *et al.*, 1991). Dal momento che non è possibile considerare allo stesso tempo tutte le possibili variabili coinvolte nella percezione e nella soddisfazione dell'attesa, risulta necessario, ai fini della nostra ricerca, operare una scelta focalizzandosi su quelle variabili che presentano una maggiore attinenza e rilevanza alla problematica dell'attesa nel contesto sanitario. A tal proposito, tra le variabili sopra-esaminate, nel nostro studio verranno prese in

considerazione il valore percepito attribuito al servizio secondo una prospettiva di customer perceived value e l'ansia in quanto emozione associata alla situazione di attesa.

Occorre anche ribadire che molti studi hanno esaminato l'attesa dell'utente sul posto in termini di fila d'attesa o di ritardo da parte dell'erogatore, in contesti differenti, non considerando l'attesa precedente un appuntamento che ha luogo nella propria abitazione o comunque al di fuori della struttura che eroga il servizio; tale aspetto implica un conseguente adattamento delle variabili e degli item, volti a rilevarle, al particolare fenomeno indagato.

2.4. L'esperienza dell'attesa nei servizi sanitari

L'attesa per ricevere una prestazione sanitaria è ad oggi un'esperienza molto comune ormai percepita come un problema frequente e in continuo peggioramento da parte di coloro, i cittadini e gli utenti, che accedono ai servizi sanitari (Martin, Sterne, Gunnell, Ebrahim, Davey-Smith *et al.*, 2003; Murray, 2000; Pitt, Noseworthy, Guilbert, & Williams, 2003); essa caratterizza la maggior parte dei sistemi sanitari di tipo pubblico e a copertura universale in cui, le innovazioni tecnologiche, le maggiori aspettative dei clienti e l'invecchiamento della popolazione hanno concorso ad aumentare la richiesta/domanda di prestazioni sanitarie.

La letteratura ha evidenziato come il periodo di tempo passato ad aspettare rappresenti una delle più importanti misure di soddisfazione del cliente rispetto all'erogazione dei servizi sanitari (DiTomasso & Willard, 1991; Dansky & Miles, 1997; Knudtson, 2000). L'utente, infatti, può trovarsi in difficoltà nel valutare le competenze tecnico-scientifiche degli operatori o l'efficacia dei trattamenti preferendo così il riferirsi alla velocità e tempestività del servizio quale indicatore di qualità delle cure (Eilers, 2004).

Nel contesto sanitario l'attesa del paziente si riferisce all'intervallo temporale che intercorre tra l'identificazione di un problema di salute e la sua diagnosi ed eventuale trattamento in seguito a visita medica e/o esami strumentali (Fogarty & Cronin, 2007). Essa può caratterizzare diverse fasi della relazione paziente-medico e paziente-struttura. In generale si sottolinea come la fase pre-diagnostica, quella in cui il

paziente seppur consapevole di avere un problema di salute, non è a conoscenza della natura e del grado di pericolo per il proprio benessere né di quando e se riuscirà a risolvere i suoi disturbi, sia la più stressante nel percorso di malattia del cliente e, comunemente, la più caratterizzata dal dover attendere (Giske & Gjengedal, 2006; Young, Sweeney & Hunter, 2000; Saegrov & Halding, 2004; Thorne, Hams, Hislop & Vestrop, 1999).

L'attesa pre-diagnostica risulta caratterizzata dalla ricerca di maggiori informazioni volte all'interpretazione dei sintomi, dalla lotta verso qualcosa che viene percepito come una minaccia esistenziale, dalla perenne oscillazione tra speranza e disperazione. Saegrov & Halding (2004) in uno studio retrospettivo su persone con esperienza di cancro, trovarono che il periodo tra la prima identificazione del problema in termini di sintomi da parte del soggetto e la diagnosi medica del cancro rappresenta un periodo di forte stress e ansia.

Diverse sono le esperienze d'attesa che possono subire gli utenti dei servizi sanitari quali l'attesa per ricevere una diagnosi, l'attesa per ricevere un trattamento di tipo chirurgico e l'attesa per un appuntamento ambulatoriale in svariate discipline (Appleby & Lawrence, 2000; Fitzsimons, Parahoo & Stringer, 2000; Fitzpatrick, Norquist, Reeves, Morris, Murray *et al.*, 2004; Lovfendahl, Eckerlund, Hansagi, Malmquist, Resch *et al.*, 2005; Oudhoff, Timmermans, Bijnen & Van Der Wal, 2004; Sampalis, Boukas, Lieberman, Reid & Dupuis, 2001; Vermeulen, Bosma, Van der Bij, Joeter & TenVerget, 2005).

Nonostante ci sia una comune consapevolezza delle liste d'attesa e dei tempi d'attesa quali indicatori di performance con conseguenze sulla valutazione di soddisfazione del servizio da parte dell'utente, la comprensione riguardo alle conseguenze e alle implicazioni dal punto di vista del paziente risulta essere ancora modesta (Fogarty & Cronin, 2007).

2.4.1. Una rassegna dei principali studi

Gli studi che verranno presentati hanno esaminato, da una parte il ruolo delle aspettative sui tempi d'attesa sulla successiva valutazione di soddisfazione da parte dell'utente e, dall'altra, le conseguenze dell'attesa soprattutto a livello emotivo e affettivo.

Le aspettative sui tempi di attesa rivestono un ruolo importante anche nell'ambito della soddisfazione specifica relativa all'attesa in sanità: quando i tempi d'attesa corrispondono alle aspettative, i clienti risulteranno più soddisfatti in merito alle cure ricevute, lo staff verrà percepito come più gentile e compassionevole e la soddisfazione per le cure mediche aumenterà (Dunn, Black, Alonso, Noregard & Anderson, 1997; Lovfendahl *et al.*, 2005).

Nello studio di Dunn *et al.*, (1997), si evidenzia come ad aspettative più alte corrisponda un più alto livello di insoddisfazione indipendentemente dalle caratteristiche socio-demografiche e dalla gravità dei sintomi. Risultati simili sono stati rilevati da Lovfendahl *et al.* (2005) in uno studio che ha coinvolto 1336 utenti svedesi: chi ha tempi d'attesa nella media o più corti considera tale attesa accettabile, mentre tempi d'attesa più lunghi sono statisticamente e significativamente associati ad insoddisfazione per il servizio a prescindere dalle variabili socio-anagrafiche.

Entrambi gli studi dimostrano inoltre che la soddisfazione per l'attesa si collega ad una adeguata conoscenza dei processi di gestione delle liste d'attesa.

In una review della letteratura Oudhoff *et al.* (2004) hanno valutato gli effetti dell'attesa in pazienti che necessitavano di diversi trattamenti ospedalieri (calcoli biliari, cancro del seno, vene varicose, ernia inguinale) trovando nei pazienti che si dichiaravano più a rischio di diagnosi tumorale, un più alto livello di ansia in presenza di tempi d'attesa più lunghi.

Thorne *et al.* (1999) attraverso focus group hanno esaminato l'esperienza di 33 donne canadesi in attesa di diagnosi in seguito ad una mammografia anormale. Le donne mostravano un ridotta comprensione delle procedure di diagnosi ed erano incerte rispetto a quando avrebbero ricevuto la loro diagnosi. Esse descrivono la loro esperienza di attesa come una sorta di limbo con la sensazione di essere sospese dalla partecipazione alla vita normale identificando quali fattori caratterizzanti tale esperienza l'ansia, incapacità di concentrarsi e la riluttanza a fare piani per il futuro; inoltre, riportano come la mancanza di informazioni e l'impotenza percepita nella specifica situazione abbiano aumentato la loro ansia durante l'attesa. L'incertezza sembra, quindi, essere una caratteristica fondamentale dell'attesa.

Altri studi si concentrano in larga misura sull'attesa per il trattamento e quindi su quei pazienti in attesa di visite/operazioni.

Fitzsimons *et al.* (2000) in uno studio su soggetti in attesa di intervento di bypass all'arteria coronaria, identificano 3 temi principali associati all'attesa per l'assistenza sanitaria: ansia, incertezza e dolore al petto, fattore specifico connesso alla tipologia della prestazione sanitaria esaminata. Dalle interviste emersero altri 6 temi secondari: la perdita di controllo, la delusione/disappunto per il trattamento, le sensazioni di rabbia e frustrazione, la riduzione dell'attività fisica, il morale basso e i cambiamenti nelle relazioni sociali e familiari. In particolare, i pazienti ritengono di non aver ricevuto abbastanza informazioni durante l'attesa descrivendo la loro esperienza in termini di incertezza e di "vita in sospenso" e di impossibilità a pianificare il futuro con influenze anche sugli altri membri della famiglia.

L'ansia viene identificata come un'importante componente dell'attesa che persiste durante la totalità del periodo di attesa.

Nello studio di Derrett, Paul e Morris (1999) in Nuova Zelanda relativamente a persone in attesa di essere ammesse in ospedale per un intervento ortopedico si sottolinea come l'esperienza venga connotata da incertezza, impotenza e conseguente ansia psicologica con relativi punteggi più bassi nel funzionamento emotivo e sociale più ampio. Più nel dettaglio, dalle interviste condotte usando scale di qualità della vita, sia generali sia specifiche per il disturbo, risultano quali fattori in grado di incidere sulla percezione di ansia e di incertezza, la rabbia dovuta alla durata dell'attesa, la mancanza di informazioni da parte del personale sanitario in merito alla propria posizione sulla lista d'attesa e le barriere reali e percepite nel sistema sanitario.

Anche il peggioramento dei sintomi e i gli esiti medici negativi sono stati associati con l'attesa per la prestazione sanitaria.

Fitzpatrick *et al.* (2004) nel loro studio su 6000 persone in attesa di una operazione dell'anca, hanno trovato una correlazione positiva tra tempo d'attesa per l'intervento e aumento di sofferenza e di percezione di disabilità.

Vermeulen *et al.* (2005) descrivono il peggioramento percepito e reale dei sintomi in persone in attesa di trapianto di polmone come una delle fonti di maggior stress.

Sampalis *et al.* (2001), esaminando l'impatto dell'attesa su pazienti bisognosi di bypass all'arteria coronaria, rilevano che coloro che attendono più a lungo, manifestano punteggi più bassi in merito al livello percepito di salute fisica prima dell'intervento

nonché una maggiore e statisticamente significativa incidenza di complicanze post-operatorie.

La combinazione di incertezza, di sensazione di impotenza e conseguente ansia psicologica e di peggioramento del proprio stato di salute, è stata ripetutamente riscontrata in letteratura: la maggior parte dei partecipanti agli studi identificano l'incertezza e l'impotenza, descritta in termini di perdita di auto-determinazione, come sensazioni ed emozioni connesse all'esperienza di attesa (Derrett *et al.*, 1999; Thorne *et al.*, 1999; Fitzsimons *et al.*, 2000; Oudhoff *et al.*, 2004). Tra gli esiti comportamentali di tale impotenza, molti partecipanti annoverano una limitata conoscenza delle procedure dell'ospedale o di chi contattare durante il periodo di attesa (Derrett *et al.*, 1999; Fitzsimons *et al.*, 2000).

A livello di esiti psicologici e individuali dell'impotenza percepita e del tempo d'attesa, la letteratura pone l'attenzione sulla persistenza e il peggioramento dei sintomi (Derrett *et al.*, 1999; Fitzsimons *et al.*, 2000; Sampalis *et al.*, 2001) e sulle emozioni quali lo stress, l'ansia, la rabbia e la frustrazione (Derrett *et al.*, 1999; Thorne *et al.*, 1999, Fitzsimons *et al.*, 2000, Sampalis *et al.*, 2001, Oudhoff *et al.*, 2004; Vermeulen *et al.*, 2005). Tali emozioni negative sperimentate durante l'attesa possono, a loro volta, determinare una più bassa percezione di qualità della vita, e una serie di effetti a livello sia fisico e psicologico che possono concretizzarsi in un più basso funzionamento sociale della persona in termini di volontà nel prendere parte alle attività sociali e quotidiane, nel pianificare attività future e nel mantenere relazioni positive con familiari e amici.

Infine, la persona utilizza il tempo d'attesa come un indicatore di soddisfazione del servizio ricevuto per cui ad un tempo d'attesa più corto equivarrà un servizio percepito come migliore e più soddisfacente (Dunn *et al.*, 1997; Fitzsimons *et al.*, 2000; Cole, Mackey & Lindenberg, 2001; Eilers, 2004).

Gli studi proposti sull'attesa nei servizi sanitari hanno, quindi, evidenziato il ruolo dell'attesa sulla customer satisfaction del servizio sanitario. In particolare essi mettono in luce una forte relazione tra la situazione di attesa e le variabili psicologiche individuali di tipo emotivo quali l'ansia, lo stress, le sensazioni di impotenza e di peggioramento del proprio stato di salute confermando l'importanza di inserire una misura di reazioni emotive nel nostro studio.

3. LA SODDISFAZIONE PER I TEMPI D'ATTESA DI UNA PRESTAZIONE SANITARIA: UN MODELLO INTEGRATO

L'attesa su cui il nostro studio si concentra concerne *l'attesa per ricevere una prestazione sanitaria*, nello specifico una visita specialistica; si tratta, quindi di un'attesa pre-process in cui l'utente può attendere anche diverse settimane, di solito nella propria abitazione, che arrivi il proprio turno. Naturalmente tale situazione di attesa si differenzia dalle attese che hanno luogo in altri contesti, come ad esempio quello bancario o dei trasporti, così come dall'attesa che ha luogo sul posto, la sala d'attesa della struttura sanitaria. Un ulteriore differenza concerne le possibili implicazioni per la persona: dal momento che l'esito della prestazione potrà determinare l'inizio di un faticoso percorso di diagnosi e trattamenti o, viceversa, il ristabilirli di una condizione di benessere, è ragionevole supporre che il tempo passato ad attendere sia connotato non solo da valutazioni cognitive in merito all'accettabilità o meno della sua durata rispetto alle aspettative, al valore che il servizio riveste per l'utente, alle spiegazioni che l'utente si fornisce in termini di attribuzioni di responsabilità, ma anche da emozioni e vissuti affettivi negativi.

I paradigmi teorici posti alla base del modello del nostro studio sono costituiti dall'*expectancy disconfirmation model* (Oliver, 1980; Tse & Wilton, 1988; Zeithaml *et al.*, 1993) ovvero dal modello della smentita delle aspettative e dalla teoria dell'attribuzione (Oliver & DeSarbo, 1988; Richins, 1983; Weiner, 1995, 2000).

Alla luce dei suggerimenti di diversi Autori (Barsky & Nash, 2002; Mattila, 2001; Yu & Dean, 2001) sull'opportunità di includere una componente affettiva nella rilevazione della customer satisfaction, nonché della forte relazione tra attesa per una prestazione sanitaria e vissuto di emozioni negative evidenziata dalla letteratura (Derrett *et al.*, 1999; Giske & Gjengedal, 2006; Oudhoff *et al.*, 2004; Pruyn & Smidts, 1998), si è deciso di inserire nel modello una scala volta a rilevare le reazioni emotive negative dell'utente associate alla situazione di attesa.

La costruzione del modello ha visto come base di partenza il modello di Pruyn & Smidts (1998) che maggiormente si è focalizzato sulle relazioni tra tempo d'attesa e

soddisfazione dell'utente nel contesto sanitario. In particolare l'indagine ha coinvolto circa 330 utenti di ospedali olandesi contattati nella sala d'attesa mentre aspettavano di essere ricevuti dal medico. Sia il tempo d'attesa oggettivo sia il contesto ambientale dell'attesa vengono considerate dagli Autori variabili strumentali e di tipo ambientale che possono influenzare la soddisfazione per il servizio attraverso variabili soggettive collegate all'attesa.

Di centrale interesse per la nostra ricerca, sono la definizione di valutazione dell'attesa data dai due Autori, costituita da una componente cognitiva (percezione dell'attesa corta vs lunga) e da una componente affettiva (risposte affettive all'attesa in termini di irritazione, stress, ansia, ...), e le relazioni evidenziate tra le due componenti e il punteggio di smentita derivante dal confronto aspettative-percezioni, e la soddisfazione con il servizio. Dai risultati emerge un impatto diretto delle emozioni sulla soddisfazione complessiva del servizio e sulla valutazione cognitiva dell'attesa come lunga vs corta che, nel nostro modello, può essere riferita alla soddisfazione espressa sui tempi d'attesa; le emozioni ricoprono inoltre un ruolo di mediatori tra la misura del gap aspettative-percezioni e la valutazione cognitiva dell'attesa (potenzialmente sovrapponibile alla nostra soddisfazione per i tempi d'attesa) e tra il gap e la soddisfazione complessiva. Per cui le emozioni, oltre ad influenzare direttamente la valutazione cognitiva dell'attesa, risultano mediare gli effetti del gap sulla valutazione cognitiva dell'attesa e sulla soddisfazione.

L'effetto diretto del gap aspettative-percezioni sulla soddisfazione (non ipotizzato inizialmente nel modello degli autori) viene confermato successivamente consentendo un miglioramento degli indici di fit del complessivo modello.

Il modello proposto da Pruyn & Smidts (1998) mette in luce il ruolo della discrepanza tra le aspettative e le percezioni (così come concepite nel modello della smentita delle aspettative) e delle emozioni.

Coerentemente al paradigma della smentita delle aspettative (Oliver, 1980; Tse & Wilton, 1988) si assume che l'utente utilizzi le aspettative in termini di tempo d'attesa accettabile come criterio di confronto per la percezione della performance del servizio (il tempo realmente esperito); dal confronto tra le due mediante un approccio indiretto deriva il *punteggio di smentita/gap/discrepanza*. Una smentita negativa del tempo d'attesa accettabile, che si realizza quando l'utente ritiene di aver dovuto

aspettare più del tempo ritenuto accettabile per una prestazione sanitaria, determina una valutazione di insoddisfazione.

Basandoci sul modello qui descritto si è proceduto ad integrarlo con le ulteriori variabili emerse dall'analisi della letteratura in tema di customer satisfaction e di percezione dell'attesa quali il valore percepito e le attribuzioni di responsabilità.

Per *valore percepito* (Woodruff, 1997) si intende la valutazione da parte dell'utente dei benefici che riceve dal servizio in rapporto ai costi, monetari e non, che deve sostenere.

I benefici associati al servizio in termini di trattamenti sanitari efficaci, agevolazioni economiche e logistiche, umanizzazione delle relazioni con lo staff sanitario possono quindi indurre l'utente a "sacrificare" parte del proprio tempo rendendosi disponibile ad attendere un pò di più e a mostrarsi soddisfatto anche in presenza di un tempo d'attesa. Come affermato da Maister (1985) in un suo postulato "al maggior valore attribuito al servizio corrisponderà una maggiore disponibilità ad attendere da parte dell'utente".

La letteratura ha confermato il solo ruolo del valore percepito come antecedente della soddisfazione in diversi contesti (Andreassen & Lindestad, 1998; Cronin *et al.*, 2000; Crosby & Stephens, 1987; McDougall & Levesque, 2000; Patterson & Spreng, 1997) lasciando ampio margine di azione per la verifica di nuove ipotesi.

In merito alle *attribuzioni di responsabilità* si sottolinea come la nozione di controllabilità includa sia la dimensione della causalità sia quella della controllabilità e che la combinazione delle due consenta all'utente di attribuire la responsabilità dell'evento (Weiner, 2000)

Tenendo presente che il processo di attribuzione nell'ambito dei servizi interviene in seguito o in concomitanza con il verificarsi di un evento inatteso che contraddice le aspettative (Weiner, 2000), si ritiene che l'utente in presenza di un gap aspettative-percezioni si chieda "di chi o cosa" è la colpa (locus causale). Un'attribuzione interna (al comportamento dell'utente) tende ad avere come esito un giudizio di soddisfazione, viceversa un'attribuzione esterna (al comportamento degli erogatori o al più ampio sistema sanitario) si riflette in una valutazione di insoddisfazione (Bitner, 1990; Casado Díaz & Mas Ruiz, 2008; Taylor, 1994).

Più recentemente alcuni Autori hanno suggerito un'influenza indiretta delle attribuzioni sulla soddisfazione. Secondo Tsiros, Mittal & Ross (2004), le attribuzioni di responsabilità possono da una parte, moderare l'effetto della disconfirmation (discrepanza tra aspettative e percezioni) sulla soddisfazione, dall'altra influenzare la soddisfazione indirettamente attraverso le emozioni. Per cui attribuire la responsabilità delle liste e dei tempi d'attesa a cause esterne può influenzare negativamente la soddisfazione dell'utente sia direttamente, sia indirettamente ovvero incrementando le emozioni negative associate all'attesa.

Coerentemente anche con il modello di Pruyn & Smidts (1998) si riconosce alle *emozioni*, oltre ad un loro effetto diretto, un importante ruolo di mediazione fra le diverse variabili cognitive considerate nel modello e la soddisfazione complessiva per i tempi di attesa.

Il modello integrato proposto comprende le variabili relative alla discrepanza tra le aspettative dell'utente (tempo massimo ragionevole) e il servizio ricevuto (tempo effettivamente esperito) secondo l'approccio della conferma/smentita, il valore percepito associato al servizio, le reazioni emotive e affettive associate alla situazione di attesa e le attribuzioni di responsabilità in termini di locus of control interno vs esterno-operatori/esterno-sistema sanitario.

Esso si propone (capitolo quarto) di verificare le relazioni fra i costrutti coinvolti e la soddisfazione per i tempi d'attesa confermando le principali relazioni tra le variabili così come concettualizzate dai modelli di riferimento nonché delineando e suggerendo possibili e nuove relazioni tra le stesse.

CAPITOLO TERZO

PRIMA FASE: I FOCUS GROUP CON GLI OPERATORI SANITARI

1. OBIETTIVI

Il lavoro di ricerca è stato articolato in due fasi: la prima fase di tipo qualitativo, descritta nel presente capitolo, è stata rivolta agli operatori del settore sanitario mediante l'utilizzo di focus group; la seconda di tipo quantitativo ha previsto la somministrazione di un questionario ad un campione di utenti dei servizi sanitari.

In questa prima fase della ricerca, gli obiettivi sono rivolti alla definizione del problema e alla sua traduzione in specifiche ipotesi di ricerca. Nello specifico, si intende rilevare le opinioni e le percezioni degli operatori del settore sanitario sulla problematica dei tempi d'attesa in termini di prestazioni e reparti più problematici, di possibili cause e determinanti delle liste e dei tempi d'attesa e di potenziali interventi correttivi e migliorativi per farvi fronte.

Per tale motivo nei focus group sono stati coinvolti gli operatori del settore sanitario e alcuni rappresentanti di associazioni di volontariato e della terza età, ovvero coloro che intrattengono già una relazione di conoscenza con la tematica in oggetto.

2. METODOLOGIA E STRUMENTI

Come precedentemente anticipato, la prima fase qualitativa è stata realizzata avvalendosi della metodologia dei focus group, definibile come “una tecnica di rilevazione sociale basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, alla presenza di uno o più moderatori, focalizzata su un argomento che si vuole indagare in profondità” (Corrao, 2000, p. 25). Si è deciso di utilizzare la *focus group discussion* sia per la sua capacità di raccogliere molti dati in un tempo limitato (a differenza dell'osservazione partecipante) sia per il maggiore accento posto sull'interazione tra i partecipanti (a differenza dell'intervista individuale) (Annese & Minnini, 2002).

La tipologia dei focus group condotti è “semistrutturata” in quanto è stata preparata a priori una guida d’intervista suddivisa in aree tematiche (introduzione, cause e determinanti delle liste d’attesa e azioni di intervento e miglioramento), lasciando comunque ai partecipanti la possibilità di risposte aperte e di interagire fra di loro (Dawson, Manderson, & Tallo, 1993).

Di conseguenza, il ruolo del moderatore nell’ambito di ciascun focus è stato prevalentemente di introduzione al tema e di controllo dell’andamento della discussione per evitare scostamenti dal tema stesso e per cercare di coinvolgere adeguatamente tutti i partecipanti. Tali scelte di conduzione hanno consentito di creare un clima amichevole e di collaborazione.

Le aree tematiche della “Guida d’intervista” sono riportate nella Tabella 1.

Tabella 1 – Guida d’intervista per i focus group.

Introduzione

Condivisione degli obiettivi

Condivisione del metodo (Ruoli e Regole)

Presentazione dei partecipanti

Cause e determinanti delle liste d’attesa

Nell’ambito della vostra esperienza/struttura, quali sono le prestazioni e le visite specialistiche maggiormente critiche? Quali i tempi d’attesa? Vengono rispettati i tempi-obiettivo degli standard regionali?

Quali sono le variabili che, a vostro avviso, contribuiscono maggiormente a determinare le liste d’attesa? E quali dalla prospettiva degli utenti?

Azioni e interventi di miglioramento

Come viene affrontato il problema delle liste d’attesa? Quali azioni sono state privilegiate finora? E quali andrebbero privilegiate in futuro?

Inizialmente, il moderatore apre la discussione presentando gli obiettivi dell’incontro e condividendo con i partecipanti la metodologia dei focus group in termini di ruoli e regole da seguire nella discussione. In seguito ad una breve presentazione dei partecipanti, il moderatore introduce il primo argomento di discussione inerente da una parte le prestazioni che presentano le maggiori criticità a livello di liste d’attesa e, dall’altra, le cause e i fattori ad impatto negativo sulle liste e i relativi tempi d’attesa. L’ulteriore area tematica dibattuta concerne le potenziali azioni

correttive e migliorative da attuare per affrontare in maniera efficace la problematica liste e tempi d'attesa.

Nella stesura della guida d'intervista e della definizione delle aree tematiche da indagare si è fatto riferimento al documento del Ministero della Sanità (2001) "Analisi e proposte in tema di liste d'attesa del SSN" e ad un precedente studio realizzato mediante focus group da Mariotti (2006) che ha coinvolto gli operatori sanitari delle diverse regioni d'Italia.

3. PARTECIPANTI

Sono state contattate le aziende sanitarie dei sette capoluoghi di provincia della regione Veneto (Padova, Verona, Vicenza, Belluno, Rovigo, Treviso, Mestre-Venezia) e tre strutture ospedaliere di centri minori (Cittadella, Adria, Monselice). Oltre ad un moderatore e a due osservatori, sono intervenuti complessivamente 100 operatori del settore, mediamente 9 per ciascun focus group rispettando il range di 4-12 soggetti per focus suggerito da Morgan (1988, p. 44).

I focus group si sono svolti in specifiche sale di riunioni messe a disposizione dalle strutture sanitarie ospedaliere che hanno preso parte alla ricerca. La durata media di ogni focus group è di circa 2 ore. Inoltre, i focus group sono stati condotti alla presenza di due osservatori per la rilevazione del comportamento verbale e non verbale.

La composizione dei gruppi risulta omogenea rispetto alla conoscenza del fenomeno "liste e tempi d'attesa" ed eterogenea rispetto alla professione/ruolo ricoperta all'interno delle strutture sanitarie prese in considerazione: sono stati contattati, e hanno preso parte ai diversi focus group, medici ospedalieri (cardiologi, oculisti, geriatri, fisiatri, chirurghi, endocrinologi, etc.), medici di medicina generale, personale ospedaliero (infermieri di reparto, infermieri domiciliari, fisioterapisti, tecnici radiologi, etc.), personale amministrativo dell'ospedale (operatori CUP, responsabili URP, etc.) e rappresentanti di associazioni di settore (volontari, portavoce degli utenti, responsabili di associazioni di anziani, etc.).

Le caratteristiche dei partecipanti sono descritte in maniera più dettagliata nella Tabella 2. I partecipanti sono in maggior numero medici ospedalieri e componenti dello staff sanitario ospedaliero; seguono i medici di medicina generale, i rappresentanti di

associazioni di settore e del personale amministrativo dell'ospedale. Relativamente al genere, esso risulta equamente distribuito in rapporto al numero complessivo dei partecipanti – 52 partecipanti di genere maschile e 48 di genere femminile – mentre si può notare come il genere maschile sia predominante nella professione di medico ospedaliero e, in parte, di medico di medicina generale e il genere femminile nelle professioni ospedaliere di tipo amministrativo e tecnico-specialistiche (infermieri, tecnici, fisioterapisti, ...).

Tabella 2 – Caratteristiche dei partecipanti.

Professione	Uomo	Donna	Totale
Medico ospedaliero	27	8	35
Medico di medicina generale	11	4	15
Personale ospedaliero (infermieri, tecnici, fisioterapisti, etc.)	5	20	25
Personale amministrativo (operatori CUP, URP, etc.)	1	9	10
Rappresentanti di associazioni di settore	8	7	15
Totale	52	48	100

4. ANALISI DEI DATI

Le interazioni discorsive dei focus group sono state fedelmente trascritte attraverso un word processor e successivamente importate in file con estensione .txt. Ogni file .txt rappresenta il contributo di ciascun partecipante nello svolgimento dei focus group. Ai fini della ricerca è stata condotta l'analisi del contenuto, tecnica usata per estrarre informazioni desiderate da un corpus di materiale (usualmente verbale) “identificando sistematicamente e oggettivamente determinate caratteristiche di tale materiale” (Smith, 2000, p. 314), mirata a rilevare particolari temi in testi complessi (Ghiglione, 1980) con l'intento di ridurre un corpus molto ampio di dati qualitativi ad una matrice di categorie (Contarello & Volpato, 2002).

L'obiettivo consiste nel sistematizzare i dati in categorie di analisi (alcune delle quali già presenti alla mente del ricercatore) indagando altresì le possibili relazioni tra di esse.

L'analisi del contenuto è stata condotta attraverso l'analisi dei 100 file .txt e delle trascrizioni complessive.

Per facilitare tale analisi del contenuto è stato utilizzato il software QSR NUD*IST N6 – Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing – un pacchetto specifico per l'analisi dei dati qualitativi, appartenente a quei software denominati in letteratura CAQDAS – Computer Assisted Qualitative Data Analysis – (Lee & Fielding, 1995) che permette di collegare i documenti alle ipotesi di lavoro operando sia sul sistema di raccolta che su quello di codifica e garantendo un percorso flessibile ed interattivo (Mazzara, 2002).

Come unità di analisi principale è stata scelta la frase, in quanto ritenuta più consona agli scopi della ricerca rispetto alla linea o al paragrafo; complessivamente sono state analizzate 6717 unità.

È stata realizzata una prima codifica che ha portato ad individuare delle preliminari categorie di analisi (Free Nodes). Successivamente, una seconda analisi del materiale testuale e dei Free Nodes ha permesso la creazione delle definitive categorie di codifica (Nodes) e la realizzazione della struttura gerarchica ad albero (Tree Nodes). Nella fase di etichettamento del materiale testuale è stata prevista la presenza di due giudici indipendenti; in caso di disaccordo il significato del testo è stato negoziato fino a raggiungere una sua condivisione da entrambe le parti.

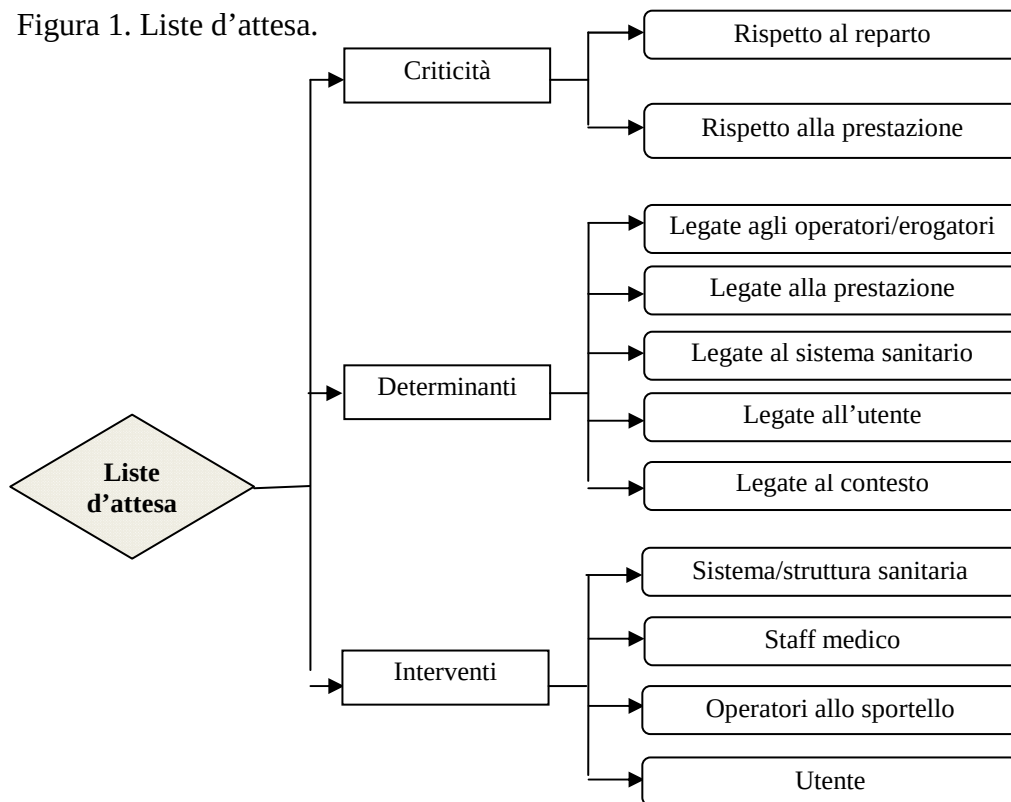
In seguito, attraverso la funzione “Search & Compare Nodes, Crosstabs, Matrix”, sono state analizzate le relazioni tra i principali nodi (e rispettivi sottonodi) emersi e le caratteristiche dei partecipanti (Professione/ Ruolo).

Infine, per una più facile interpretazione dei risultati, si riportano le rappresentazioni grafiche della struttura ad albero delle categorie emerse nell'ambito dei focus group; ogni sottonodo è accompagnato al numero di documenti codificati dallo stesso.

5. RISULTATI

L'analisi del contenuto ha portato ad identificare tre nodi principali inerenti la tematica delle liste d'attesa: il nodo *Criticità*, ulteriormente codificato nei due sottonodi rispetto al reparto e rispetto alla prestazione; il nodo *Determinanti* codificato ulteriormente in 5 sottonodi, determinanti legate agli operatori/erogatori, al paziente, alla prestazione, al sistema sanitario e al contesto; e il nodo *Interventi* codificato in quattro sottonodi: interventi sul sistema/strutture sanitarie, sull'utente, sullo staff medico e sugli operatori allo sportello (Figura 1).

Figura 1. Liste d'attesa.



Per ciascun nodo e i suoi relativi sottonodi è riportata più avanti la rappresentazione grafica, nelle Figure 2, 3 ,4, 5, 6 e 7. A titolo esemplificativo sono inoltre riportate alcune codifiche di specifici nodi nelle Tabelle 4, 6 e 8.

5.1. Criticità¹

Il nodo Criticità descrive le principali problematiche del servizio sanitario pubblico in relazione alle liste d'attesa sia in riferimento all'intero reparto sia alla specifica prestazione erogata. Si nota come a parere degli operatori sanitari le problematiche maggiori siano da ricondursi al tipo di prestazione sanitaria richiesta (36 documenti codificati) piuttosto che in riferimento all'intero reparto (21 documenti codificati).

Tra le prestazioni², sono state individuate come maggiormente critiche le Visite specialistiche (11 documenti codificati) ed alcuni esami strumentali come l'Ecodoppler (11 documenti codificati), l'Elettromiografia (7 documenti codificati) e la Mammografia (4 documenti codificati). Vi sono poi una serie di prestazioni (fisioterapia, risonanza magnetica, visite a domicilio, ecocardiogramma, ciclo ergometro, Til test e densitometria) la cui percezione di bassa criticità può dipendere dalla loro maggiore specificità.

I reparti segnalati come maggiormente critici per le liste d'attesa sono la Cardiologia (15 documenti codificati) e l'Oculistica (6 documenti codificati), meno problematici i reparti di Radiologia (3 documenti codificati), Odontoiatria (2 documenti codificati), Ostetricia e Ginecologia (1 documento codificato).

Va anche rilevato come la percezione di criticità sia per le prestazioni che per i reparti è in varia misura influenzata dal contesto lavorativo di provenienza e dalle esperienze lavorative dei partecipanti.

Nella Tabella 3 viene riportato per ogni singola professione il numero di documenti codificati per le Criticità inerenti il reparto e la prestazione.

¹ In tabella 4 – così come nella 6 e nella 8 – si riportano in corsivo alcune frasi a titolo d'esempio del sottonodo in cui si collocano, così come pronunciate dai partecipanti ai focus group (si è utilizzata una punteggiatura minima, così da essere quanto più aderenti al modo d'espressione e al senso originari).

Tab. 3 – Professione e Criticità.

Professione	Rispetto al reparto	Rispetto alla prestazione
- Medico ospedaliero	6	12
- Medico di base	5	7
- Personale ospedaliero	5	12
- Personale amministrativo	4	3
- Rappresentanti di associazioni	1	2
<i>Totale</i>	21	36

Si nota, in particolare, come per il personale ospedaliero in generale, sia medico sia vario, le criticità maggiori, in termini di liste e tempi d'attesa lunghi, si evidenzino a livello di prestazione da erogare piuttosto che di reparto. Di seguito vengono riportati esempi dei sottonodi delle Criticità così come emersi dai focus group (Tabella 4).

Tab. 4 – Esempi di Criticità.

CRITICITÀ			
Rispetto al reparto			
Documento	Text-Unit	Nodo	Esempio
MO1	3	Oculistica	<i>Io credo di rappresentare una specialità dove la problematica delle liste d'attesa è molto sentita: io sono un'oculista, anche nella nostra Ulss il problema delle liste d'attesa nelle visite oculistiche è una cosa importante.</i>
PO2	13	Odontoiatria	<i>E poi per l'odontoiatria, ma là il problema ci può essere non tanto nelle prime visite, ma nelle prestazioni successive alla prima visita, per le cure che devono essere fatte.</i>
MO1	5	Cardiologia	<i>Dal punto di vista della cardiologia c'è un problema strutturale di fondo dal quale non si può sfuggire vista l'incisività e la prevalenza della malattia cardiovascolare, c'è uno squilibrio tra domanda e offerta perché la domanda è 100 e l'offerta è 1.</i>
MB1	11	Radiologia	<i>In genere, in linea di massima parlando delle strutture pubbliche, non delle strutture convenzionate, la mia percezione, è che nel settore pubblico la diagnostica radiologica, [...] è diventata complessa: c'è un accesso abbastanza difficile.</i>

² I valori complessivi dei sottonodi sono per lo più maggiori rispetto a quello dei nodi da cui originano, dato che ciascun partecipante può esprimere più giudizi nell'ambito della medesima categoria.

PA1	28	Ginecologia/ Ostetricia	<i>Certo, ma il paziente può venire tre volte alla settimana, volendo senza impegnativa e quindi non c'è neanche un controllo da parte del medico di base su quante prenotazioni, su quante volte viene, [...], lo stesso per ostetricia e ginecologia la visita è ad accesso diretto e anche lì non c'è nemmeno il controllo del medico.</i>
-----	----	----------------------------	---

Rispetto alle prestazioni

Documento	Text-Unit	Nodo	Esempio
MO4	26-27	Elettromiografia	<i>Io stamattina parlavo con X e parlavamo delle liste d'attesa e mi diceva che lui fa l'elettromiografia. Lui mi diceva che per loro il dramma è che ormai hanno migrazioni da mezzo Veneto.</i>
MO1	38	Visite specialistiche	<i>Le prestazioni che hanno dei tempi di attesa lunghi sono state dette. Sono comuni credo nell'ambito di quasi tutte le aziende sanitarie, sono le prestazioni di risonanza magnetica, di ecografia, di ecodoppler, alcune visite, soprattutto di cardiologica e oculistica. Queste le prestazioni che hanno tempi di attesa più lunghi.</i>
MO2	50	Ecografia	<i>Io, professionista, soffro terribilmente dei tempi di attesa delle prestazioni diagnostiche specialistiche, radiologiche, ecografiche, dovute anche ad un sovraccarico abnorme dei colleghi per una medicina ormai intensiva, dove ormai tutti ci stiamo adeguando.</i>
MO2	53	Eco-cardiogramma	<i>E poi l'ultima cosa, forse un accenno era già stato fatto prima; so benissimo che l'ecocardiogramma è una della indagini che il più delle volte si deve fare con una certa urgenza, che lotta contro le liste di attesa lunghe.</i>
PO4	9-12	TilTest	<i>[...] eseguiamo un altro tipo di esame che si chiama Tiltest e per questo ci sono mesi di attesa perché ne facciamo uno a settimana e per questo è previsto un'ora di tempo a paziente.</i>
PO4	3-4	Ciclo ergometro	<i>Sì, io sono PO4, lavoro al ciclo ergometria ad orientazione cardiologia e medicina sportiva; è un servizio che svolge tre funzioni. Per il ciclo abbiamo una lista di attesa lunghissima che è di 7 mesi.</i>
PO1	5	Visite a domicilio	<i>Io mi trovo a domicilio e abbiamo un problema per i prelievi a domicilio dove abbiamo lunghissime richieste a pazienti che magari non sono istruiti o informati bene sulla frequenza.</i>
MO1	9	Fisioterapia	<i>Le fisioterapie sono evidentemente il collo di bottiglia nel quale affluiscono tantissimi pazienti provenienti da diversi settori: neurologia, patologia respiratoria, incontinenza urinaria; quindi facciamo un po' da riferimento con tante discipline.</i>
MB2	24	Densitometria	<i>[...] c'è questa necessità di avere immediatamente alle prime avvisaglie del climaterio, subito densitometria, andare al centro dell'osteoporosi; dobbiamo raccogliere tutti i dati e anche lì non è facile aderire a linee guida che molto correttamente anche i livelli di assistenza regionale prevedono.</i>

MB2	7	Risonanza magnetica	<i>Sì, anche perché i tempi sono abbastanza lunghi poi fra l'altro ci sono degli esami che sono diventati ormai di routine anche se non sono di routine, tipo per esempio la risonanza magnetica per qualsiasi patologia traumatica; anche se noi non la richiediamo, poi comunque alla prima visita ortopedica ci viene, ci ritorna il paziente con la richiesta, e quindi tempi più lunghi e quindi liste di attesa molto lunghe.</i>
MB1	12	Ecodoppler	<i>Devo dire in maniera schematica [...] certi esami che non riusciamo proprio a fare come medici nell'ospedale di X penso all'ecodoppler che è una cosa impossibile da fare [...].</i>
PO1	6	Mammografia	<i>Poi a livello personale le mammografie; però non c'entrano con il mio lavoro, anche se un vero scoglio è quello della mammografia, ecografie.</i>

5.2. Determinanti delle liste e dei tempi d'attesa

L'analisi del materiale testuale ha portato ad individuare quali siano le determinanti, percepite dai partecipanti, nel causare le liste e i tempi d'attesa nel settore sanitario. Si è riscontrato come il nodo Determinanti sia codificato da ulteriori cinque sottonodi: sono state identificate, infatti, determinati “legate al paziente” (58 documenti codificati), “legate al contesto” (56 documenti codificati), “legate al sistema sanitario” (42 documenti codificati) “legate alla prestazione” (29 documenti codificati) e “legate agli operatori/erogatori” (28 documenti codificati).

In generale gli operatori attribuiscono un ruolo importante all'utente in termini soprattutto di mancata o tardiva disdetta delle prestazioni prenotate e di prenotazioni multiple in più sedi (25 documenti codificati) noto anche come fenomeno *drop-out* nonché di ansia e di preoccupazione a volte eccessive per le proprie condizioni di salute (15 documenti codificati) che spesso sono una rappresentazione concreta di un più generale timore di invecchiare e di una non accettazione dei naturali processi di decadimento connessi all'età. Probabilmente legate all'ansia, sono le ulteriori determinanti dell'attesa quali le pressioni esercitate sul medico prescrittore allo scopo di ottenere la prescrizione desiderata (14 documenti codificati), le elevate aspettative di assistenza, spesso non appropriate dal punto di vista clinico, e la percezione distorta di effettiva gravità e urgenza che richiede la propria situazione clinica (9 documenti codificati). Meno problematiche, a parere degli operatori, risultano essere le preferenze

personali dell'utente verso certe strutture o certi medici (6 documenti codificati) e l'influenza di aspetti logistici quali la vicinanza della struttura, la facilità di accesso/trasporto e la presenza di agevolazioni varie (5 documenti codificati).

Per quanto concerne le Determinanti legate al contesto, gli operatori sanitari pongono l'accento sull'invecchiamento generale della popolazione (21 documenti codificati) che comporta inevitabilmente un aumento della domanda di prestazioni e sul ruolo dei mass media, rubriche giornalistiche e televisive, fiction inerenti il contesto sanitario (18 documenti codificati) che possono incrementare modelli di consumismo sanitario (18 documenti codificati) non appropriati e non giustificabili da un punto di vista clinico. Altre possibili cause riguardano gli aspetti sociali (15 documenti codificati) ovvero quei cambiamenti a livello sociale, come l'immigrazione, l'importanza dello stare bene, i progressi scientifici che possono aumentare la richiesta di assistenza sanitaria e la crescente attenzione posta sulle attività di prevenzione (7 documenti codificati).

Rispetto al sistema sanitario, le determinanti delle liste e dei tempi d'attesa sono da ricondursi alla generale carenza di risorse economiche, umane e tecnologiche (18 documenti codificati) e al ruolo dei medici prescrittori (24 documenti codificati) inteso come facilità di prescrizione delle prestazioni sanitarie con ripercussioni sull'eccesso di domanda delle stesse. Un ruolo di determinanti meno incisivo viene riconosciuto alla libera professione intramuraria degli specialisti ovvero a pagamento (5 documenti codificati) che può concretizzarsi anche in un ridotto impegno nelle ore ambulatoriali (1 documento codificato), ad un'errata e poco efficiente gestione dell'informazione e dei sistemi di prenotazione (rispettivamente 3 documenti codificati) e all'assenza di normative (2 documenti codificati).

Per quanto riguarda le Determinanti legate alla prestazione, grande rilevanza ha la percezione da parte degli operatori di come l'aumento dell'offerta ad opera delle aziende sanitarie (9 documenti codificati) provochi non una diminuzione della domanda bensì un incremento della stessa. Inoltre, sono stati identificati come rilevanti alcune specificità connesse alla tipologia di prestazione in termini cronicità e ciclicità (9 documenti codificati) e di connessioni tra le varie discipline che conducono a successive e continue prescrizioni (6 documenti codificati) nonché di diffusione delle tecnologie e conseguente innovazioni e progressi del sapere scientifico (4 documenti codificati).

Tra le Determinanti legate agli operatori/erogatori si sottolinea come gli operatori ritengano cause delle liste e dei tempi di attesa la scarsa fiducia e comunicazione tra medico e paziente (11 documenti codificati) che può tradursi in timori e paure del medico stesso di subire possibili ripercussioni legali (8 documenti codificati) e l'inadeguata gestione delle liste d'attesa (7 documenti codificati). Seguono ulteriori aspetti legati agli erogatori quali la ridotta comunicazione tra medici, strutture sanitarie e territorio (6 documenti codificati), il mancato filtro dei medici di base (5 documenti codificati), la capacità stessa di erogazione delle prestazioni richieste (5 documenti codificati) e l'attrazione della domanda (3 documenti codificati).

Nella Tabella 5 vengono riportati il numero dei documenti codificati nei cinque sottonodi in relazione alla professione dei partecipanti.

Tab. 5 – Professione e Determinanti.

Professione	Legate al paziente	Legate agli operatori	Legate alla prestazione	Legate al sistema sanitario	Legata al contesto
- Medico ospedaliero	18	13	14	17	19
- Medico di base	12	7	1	11	12
- Personale ospedaliero	12	3	9	6	12
- Personale amminist.	7	3	3	2	4
- Rappresentanti di associazioni	9	2	2	6	9
Totale	58	28	29	42	56

Si può notare come i medici sia ospedalieri sia di medicina generale attribuiscono un maggior impatto negativo sulle liste e i tempi d'attesa al contesto ovvero al ruolo dei mass media e all'incoraggiamento di modelli di consumo sanitario inappropriato dal punto di vista clinico, al comportamento dell'utente e al sistema sanitario in termini di carenza generale di risorse e di facilità della prescrizione.

Il personale ospedaliero tecnico-specialistico riconosce inoltre un ruolo importante, maggiore delle caratteristiche del sistema sanitario, nell'allungare le liste d'attesa al tipo e alle caratteristiche della prestazione da erogare.

Interessante sottolineare come anche i rappresentanti degli utenti e di associazioni di volontariato non si esentino dal considerare “colpevole” l’utente nel determinare il problema in questione unitamente al più ampio contesto sociale.

In merito al personale amministrativo (operatori del Cup e degli Urp) si evidenzia la maggiore attribuzione di responsabilità all’utente e ai suoi comportamenti probabilmente in virtù della loro professione che li vede a contatto con gli utenti nella fase di richiesta di prenotazione e di ricerca di informazioni.

In Tabella 6 vengono riportati gli esempi di alcuni sottonodi delle Determinanti.

Tab. 6 – Esempi di Determinanti.

DETERMINANTI			
<i>Legate al paziente</i>			
Documento	Text-Unit	Nodo	Esempio
PA2	6-7	Ansia	<i>Rispetto alle liste d’attesa, che sono il problema principale, ed è un problema molto difficile da gestire, rispetto ad altre questioni perché le persone che chiamano sono di solito in uno stato di profonda ansia. Questo è innegabile ed è veramente difficoltoso intervenire per rassicurare.</i>
PA1	27	Aspettative di assistenza	<i>Quando intendevo prima l’aumento dell’attesa per controllo intendevo proprio questo: che l’utente vuole essere visto prima.</i>
MO2	57	Tardiva/ mancata disdetta prenotazioni multiple	<i>Aggiungiamoci anche, però, tutta una serie di altri fattori che riguardano l’utenza, dal cattivo al pessimo uso delle risorse, quindi il fatto di prenotare, magari in modo duplice, o il fatto di prenotare e non presentarsi e non disdire.</i>
PA1	13	Preferenze personali medico- struttura	<i>A spostarsi si trovano di fronte a un vero e proprio disagio, appunto anche a questo fatto che persone che sono seguite da una certa struttura vogliono rimanere sempre lì, cioè non passare magari ad altre strutture sempre convenzionate; vogliono ritornare ad essere seguite lì, perché hanno la cartella clinica, hanno tutta la documentazione, il medico le conosce e quindi si sentono anche più seguite e più sicure anche nel loro percorso di malattia.</i>
MO1	23-24	Richieste non appropriate	<i>La cosa più assurda è il fatto che viene estorto al medico di base o di medicina generale; viene estorta una visita urgente per scavalcare tutte le liste di attesa. Io dico che non è facile.</i>

VAU1	13	Aspetti logistici	<i>O addirittura nel convenzionato che c'è a X, però a questo punto va in collisione con l'area sociale, perché è chiaro nel giovane tu puoi dirgli vai a 40 km a farti un'ecografia addominale, perché ha gli strumenti, ha la possibilità, perché si organizza, ma nell'anziano, che credo sia il fulcro, perché forse è quello che ha più problemi di tutti, per ragioni economiche, di mobilità, per un concetto che è legato alla struttura, dove per una vita ha fatto determinati accertamenti, nell'anziano vai male a dire io ti erogo una visita cardiologica in 15 giorni a Y, anziché in 180 giorni.</i>
PA1	22	Effettiva gravità dell'urgenza	<i>L'utenza quando ci chiama ci dice d'essere urgente.</i>

Legate agli operatori/erogatori

Documento	Text-Unit	Nodo	Esempio
PO1	17	Capacità di erogazione	<i>Se un medico può farne dieci, chiamali prioritari, controlli, prime visite, dieci sono.</i>
PA1	26	Attrazione della domanda	<i>Poi c'è da tener conto che abbiamo tempi d'attesa molto lunghi per odontoiatria anche per persone che non si presentano e tutto il resto, però teniamo conto che sono visite ad accesso diretto, [...] uno può venire dieci volte senza impegnativa tranquillamente.</i>
MO4	16	Gestione delle liste	<i>Perché non c'è stata una programmazione.</i>
MB2	91	Paure del medico	<i>Un medico richiede sì un esame, magari ne richiederebbe uno, però visti i protocolli, [...], bisogna fare 52 esami per forza se no vieni denunciato.</i>
MO2I	14	Scarsa fiducia/comunicazione con il paziente	<i>Secondo molti di noi il rapporto fiduciario tra medico e paziente chiunque sia il medico e chiunque sia il paziente è ormai incrinato da molti anni per una serie di motivi che esulano dal focus di questa tavola rotonda che forse non è la sede per analizzare, anche perché si sono introdotti molti, troppi intermediari nel rapporto tra medico e paziente.</i>
MB2	32-34	Assenza di comunicazione medico/struttura/territorio	<i>C'è però, si sente questa scollatura tra ospedale e territorio. Io conosco tantissimi medici, colleghi ospedalieri e tantissimi colleghi del territorio, la responsabilità non è imputabile alla classe medica o alla classe sanitaria. È imputabile proprio a questa spaccatura che ci viene imposta.</i>
MO2	60	Mancato filtro dei medici di base	<i>Per quanto riguarda i medici di famiglia, c'è in effetti il problema dell'appropriatezza delle richieste, a mio giudizio, dell'azione filtro che il medico di famiglia deve fare.</i>

Legate alla prestazione			
Documento	Text-Unit	Nodo	Esempio
MO1		Ciclicità/ cronicità	<i>Abbiamo anche una complicazione ulteriore, noi, che è poi la rotazione della terapia, nel senso che il paziente che ha fatto un ictus, due o tre anni fa e che a noi risulta cronico, non solo aspetta nove mesi per avere una visita, ma una volta visitato non si può dargli accesso per fare la riabilitazione da noi.</i>
MO3	45	Innovazione/ diffusione della tecnologia	<i>Noi siamo una cardiologia di capoluogo di provincia però facciamo, forse l'unica in tutto il Veneto, il primo il secondo e il terzo livello.</i>
PO1	19-20	Connessione con altri operatori/ strutture	<i>Sono tantissimi, noi ogni mattina ne abbiamo una ventina, per cui abbiamo i minuti contati. A volte andiamo a domicilio di un paziente che è stato ricoverato nel giorno prima e nella fretta e non ci hanno avvertiti, per cui le liste d'attesa aumentano.</i>
MO2	58	Connessione con altre discipline	<i>Allora, pensa solo ad una cisti renale, in posizione centrale, con il problema di diagnosi differenziale: lì c'è un calcolo che sta gonfiando il rene, perché comincia da lì, poi una cisti banale, urinaria, allora questo innesca poi tutto un follow-up successivo, innesca una problematica che il medico che ha chiesto l'esame neanche immaginava.</i>
MO3	5	Aumento offerta sanitaria	<i>È una delle rare eccezioni in cui un incremento della offerta non stimola la domanda, cosa che invece avviene sempre in campo sanitario.</i>
PA1	24	Visite con accesso diretto	<i>Poi c'è da tener conto che abbiamo tempi d'attesa molto lunghi per odontoiatria anche per persone che non si presentano e tutto il resto; però teniamo conto che sono visite ad accesso diretto, [...], uno può venire dieci volte senza impegnativa, tranquillamente.</i>
Legate al sistema sanitario			
Documento	Text-Unit	Nodo	Esempio
VAU1	21-22	Libera professione intramuraria	<i>[...] una voce che circola continuamente è che le liste d'attesa ordinarie, cioè quelle che vengono fatte con la sanità nazionale, hanno tempi tanto lunghi, mentre se io vado dallo stesso medico con la visita privata pagando i 100, 130, 150 €, dopo 3 4 giorni ho la visita. Perché il medico è disponibile alla visita privata e non è disponibile alla visita pubblica?</i>
MO2	92	Poche ore ambulatoriali	<i>Allora, mettiamo i fattori dell'utenza, i problemi del medico di famiglia, mettiamo i problemi legati alla riforma che c'è stata, alla fine noi abbiamo, sostanzialmente, che oggi rispetto al passato, ci sono meno ore ambulatoriali, meno medici che fanno, personalmente parliamo di ore/lavoro, sono un medico, nei confronti dell'utenza, si è creata la lista d'attesa.</i>

MO3	22	Ruolo dei medici prescrittori	<i>Però, per quello che ci riguarda, abbiamo fatto una valutazione lo scorso anno, intorno al 90% degli esami erano assolutamente normali, quindi in gran parte la richiesta non è azzeccata.</i>
VAU1	18	Sistemi centralizzati di prenotazione	<i>Però ci vorrebbe anche una migliore organizzazione anche da parte di chi amministra l'ufficio prenotazioni, o i tempi d'attesa.</i>
MB2	48	Gestione della informazione	<i>Dovrebbe essere anche il contrario però, perché alcuni esami di fondamentale importanza, per esempio il ritiro di un esame istologico può essere dimenticato, è già successo, un esame istologico rimasto in ospedale, l'ospedale dovrebbe anche avvertire il paziente che ci sono anche gli esami da ritirare.</i>
PO2	15-16	Mancanza di risorse	<i>A dicembre dell'anno scorso siamo arrivati a diminuire la lista d'attesa a un mese, uno faceva la visita cardiologica oggi e fra un mese veniva operato. Adesso, siccome sono stati bloccati i fondi per pagare gli straordinari, siamo arrivati a tre mesi di lista, a due/tre mesi di lista d'attesa.</i>
MO1	29	Assenza di normative	<i>Ecco, questo è l'esempio, io posso portare un esempio concreto di tipica, almeno qua, mancanza di volontà politica.</i>

Legate al contesto

Documento	Text-Unit	NODO	Esempio
MB2	16	Invecchiamento della popolazione	<i>Così in termini generali c'è un allungamento della vita, un aumento della richiesta di salute anche da parte delle persone, e questo comporta una diminuzione dei posti letto in ospedale. Le dimissioni precoci sono fattori che influenzano la richiesta poi di visite, di esami, di accertamenti, come di pazienti esterni.</i>
MB1	46	Aspetti sociali (immigrazione, disabilità, etc.)	<i>Per dire, noi dobbiamo combattere in ambulatorio ogni giorno perché molti extracomunitari, proprio per loro cultura, non vengono da noi subito, vanno al pronto soccorso perché ritengono più facile gestire il problema.</i>
MB2	20	Prevenzione	<i>C'è talmente tanto il senso della morte per cui si vuole scacciarla attraverso tutta una serie, non so come definirli, di accertamenti che vengono fatti per sperare di diventare eterni.</i>
PO1	3	Assistenza sociale	<i>E quanti esami di laboratorio a domicilio noi andiamo a fare!</i>
MO8	59	Modelli culturali di consumo sanitario	<i>Il fatto che aumentino le prestazioni ambulatoriali è legato, a mio avviso, in parte alle esigenze, ma in parte anche al consumismo sanitario.</i>
MO1	87	Ruolo dei mass media (induzione alla prestazione)	<i>Io sono perfettamente d'accordo con lui, noi soffriamo della sindrome di E.R., loro soffrono di quella di Elisir, la gente arriva qua già con la diagnosi e la prognosi definite; ormai ci sono queste sindromi.</i>

MO3	24	Spostamenti interprovinciali dell'utenza	<i>Perché si è creato l'effetto buco nella sabbia: se io metto delle risorse la sabbia prima o poi circolerà nelle parti vicine; e quindi se le parti vicine; mi riferisco per esempio alla Ulss di X piuttosto che a quella di Y, o Z, la gente si sposta di 20 km, ha la prestazione in 20 giorni, ha la libertà di scegliere e quindi va dove la lista d'attesa è più breve.</i>
-----	----	--	---

5.3. Interventi

Infine, sono state individuati i potenziali interventi e quelli già attuati con successo nelle strutture sanitarie di appartenenza o in altre aziende sanitarie nazionali o internazionali, suggerite dai partecipanti alla ricerca, per ridurre i tempi d'attesa. Anche per il nodo Interventi sono stati identificati quattro sottonodi: soluzioni inerenti la struttura/sistema sanitario (41 documenti codificati), soluzioni inerenti lo staff medico (33 documenti codificati), soluzioni inerenti l'utente (28 documenti), soluzioni inerenti gli operatori dello sportello prenotazioni (17 documenti).

Tra gli interventi inerenti la struttura/sistema sanitario, gli operatori sottolineano la necessità di maggiori risorse strutturali, tecnologiche ed umane (14 documenti codificati), di una più chiara assegnazione di codici di priorità per la differenziazione dell'urgenza (17 documenti codificati), e di una maggiore cooperazione e collaborazione tra ospedale e territorio (12 documenti codificati) e tra istituzioni sanitarie pubbliche e private (6 documenti codificati) e con le associazioni di volontariato (2 documenti codificati). In misura minore sono stati espressi suggerimenti operativi per una più efficiente ed efficace gestione delle liste d'attesa come l'overbooking (una tecnica di prenotazione che supera il tetto massimo delle prestazioni erogabili ma che bilancia le mancate disdette), l'assenza di liste chiuse (3 documenti codificati) e l'aumento delle ore di visita ambulatoriali (2 documenti codificati). Merita particolare attenzione il sottonodo relativo alla creazione e al miglioramento dei sistemi telematici di gestione delle liste d'attesa (7 documenti) per cui sono stati suggeriti, ad esempio, interventi come l'incremento delle linee telefoniche, l'uso della segreteria telefonica in caso di linea occupata, la creazione di un numero verde per comunicare le disdette, l'invio di sms per ricordare all'utente le scadenze e gli appuntamenti nonché la possibilità di effettuare le prenotazioni via web.

Per quanto riguarda gli interventi che vedono come possibile protagonista lo staff medico, risultano essere privilegiate dai partecipanti soluzioni che migliorino la comunicazione tra medici ospedalieri e medici di medicina generale (16 documenti codificati) e tra medico e paziente (13 documenti codificati). Ulteriori interventi dovrebbero prevedere una maggiore qualificazione del personale sanitario (5 documenti codificati), l'aumento delle ore lavorative (5 documenti codificati) e il miglioramento dell'organizzazione interna (4 documenti codificati). Poca rilevanza è stata assegnata all'opportunità di una netta differenziazione tra libera professione e professione istituzionale (1 documento) e che alcune richieste per esami strumentali siano possano essere prescritte esclusivamente dai medici specialisti (1 documento).

Per quanto concerne gli interventi relativi all'utente, gli operatori sanitari tendono a caldeggiare quelli che prevedono percorsi di educazione ad un corretto consumo sanitario (9 documenti) utilizzando eventualmente anche le strategie del pagamento anticipato per le prestazioni (9 documenti) e l'introduzione di una sanzione per la mancata disdetta" (9 documenti) così da contrastare il fenomeno delle prenotazioni multiple e della mancata disdetta dell'appuntamento. In misura minore è stata suggerita l'introduzione di un modico pagamento per quelle prestazioni che sono risultate non necessarie e quindi non appropriate dal punto di vista clinico e organizzativo (3 documenti).

Infine, tra gli interventi che vedono come possibili protagonisti gli operatori dello sportello prenotazioni, si suggerisce di incrementare le attività del Centro Unico Prenotazioni (CUP) di controllo delle eventuali disdette (8 documenti), di orientamento all'utente verso la struttura più idonea e con tempi d'attesa ridotti (5 documenti) e di rassicurazione degli utenti circa il tempo d'attesa e la sua influenza sulle condizioni di salute (2 documenti).

In relazione alla professione dei partecipanti, si evidenzia come lo staff sanitario ospedaliero (medici e tecnici specialisti) ritenga opportuno agire soprattutto a livello di sistema sanitario e di personale medico-sanitario al contrario dei medici di medicina generale e dei rappresentanti di associazioni che, pur riconoscendo l'importanza di un'azione sullo staff medico e la struttura, ribadiscono il ruolo del comportamento dell'utente e la necessità di un intervento su di esso.

Interessante la prospettiva degli operatori allo sportello i quali, oltre ad interventi relativi al sistema sanitario in generale, manifestano un personale e professionale bisogno di attenzione in termini di maggiori e migliori strumenti per gestire il loro lavoro.

Nella Tabella 7 viene riportato, per ogni sottonodo, il numero di documenti codificati in relazione alla professione dei partecipanti.

Tab. 7 – Professione e Interventi.

Professione	Staff medico	Sistema/ strutture sanitarie	Utente	Operatori sportello
- Medico ospedaliero	11	16	7	7
- Medico di base	8	7	8	1
- Personale ospedaliero	7	5	3	2
- Personale amminist.	1	6	3	7
- Rappresentanti di associazioni	6	7	7	0
<i>Totale</i>	33	41	28	17

Di seguito, nella Tabella 8, vengono riportati alcuni esempi di codifica per i sottonodi del nodo Interventi.

Tab. 8 – Esempi di Interventi.

INTERVENTI			
<i>Staff medico</i>			
Documento	Text-Unit	Nodo	Esempio
MB1	10	Maggior comunicazione medico/paziente	<i>Per cui io sono convintissima che ogni metodologia per ridurre le liste d'attesa debba essere supportata da una corretta informazione al cittadino perché per noi, ogni giorno, diventa molto difficile spiegare che la sua urgenza non è un'urgenza.</i>
PO2	14	Più ore lavorative	<i>Ogni persona lo faceva una volta alla settimana, questo straordinario era chiesto una volta a ciascuno.</i>
MO1	23	Miglioramento organizzazione interna	<i>Perché un'organizzazione deve essere talmente efficiente perché possa funzionare, perché poi possa adattare di volta in volta, diciamo, gli spazi a quelle che sono le richieste.</i>

MB1	17	Collaborazione tra medici di base e ospedalieri	<i>Ha cercato di organizzare anche degli incontri con noi per cercare di conoscersi di più, [...].</i>
VAU2	25	Netta differenziazione tra attività privata ed istituzionale	<i>Come mai i patti aziendali non sono obbligatori: la risposta è semplice, [...] il medico di medicina generale è un libero professionista, e quindi bisogna partire da questo. [...] quando ci sarà questo passaggio, allora avremo fatto un passaggio importantissimo, sul problema delle liste d'attesa, ma secondo me è veramente importante.</i>
MO4	7	Miglior qualificazione del personale	<i>Quindi una buona conoscenza di quelli che sono i dati attesi, l'indicazione per un determinato esame potrebbero ridurre drasticamente le indicazioni ad esami vascolari ma anche rispetto ad altri esami.</i>
MO5	10-12	Richieste fatte solo da medici specialisti per alcune prestazioni	<i>Io sono d'accordo con quanto ha detto il dott. X a proposito delle liste d'attesa degli ecodoppler, aggiungerei che, anzi, credo che il seme della soluzione, credo sia all'inizio di questo iter, e non alla fine, cioè sulle richieste che devono essere motivate. Ricordo che ci sono degli Stati in Europa, sicuramente Svizzera e Francia, non so gli altri, in cui le richieste di ecodoppler vengono fatte dagli specialisti.</i>
VAU1	35	Medicina di gruppo	<i>Tre medici che sono specialisti in un settore, messi insieme, è logico che danno una risultanza a una visione del servizio sanitario diversa che non il medico singolo.</i>

Sistema/strutture sanitarie

Documento	Text-Unit	Nodo	Esempio
MO1	6	Incremento delle risorse strutturali, umane e tecnologiche	<i>Cioè praticamente occorrono prestazioni aggiuntive, evidentemente in situazioni in cui, cioè, le liste d'attesa sfiorano quelli che sono i criteri regionali.</i>
MB2	47	Assenza di liste chiuse	<i>Certo, ma deve esserci una previsione di questo tipo; quella persona non può andare tre volte agli sportelli, per vedere se le liste di attesa sono aperte oppure no, deve esserci quella programmata comunque ogni giorno dell'anno.</i>
PA1	100	Overbooking	<i>Tra i vari progetti di quest'anno c'era anche l'overbooking, cioè decidere di mettere già 5 o 6 persone in più in base alla percentuale di abbandoni, attraverso le statistiche.</i>
PA2	16	Carta dei servizi	<i>Una è di competenza medica legale dove ci potrebbe essere un indennizzo. Però quando ho a che fare con 300 pazienti, ciò non è previsto nella carta dei servizi.</i>
PA1	56-57	Sistemi telematici di gestione: potenziamento delle linee telefoniche	<i>Abbiamo un call center c'è un numero verde con 8 postazioni fino a dieci perché poi ne abbiamo due che sono dislocate e che le utilizziamo quando c'è maggior richiesta e quando si può. Ci sono supervisori per controllare le linee e che tutto sia a posto.</i>

PA1	3	Sistemi telematici di gestione: numero verde per disdire	<i>Adesso, da poco tempo è stato attivato un numero verde, appunto, in modo da lasciare la possibilità alle persone che ne hanno bisogno, appunto, di trovare la prenotazione nei tempi giusti.</i>
VAU4	5-6	Sistemi telematici di gestione: segreteria telefonica per disdire	<i>Io ho avuto problemi, sono stata a X e l'ospedale civile mi pareva una meraviglia, come trattamento, come prestazioni. Dopo l'appuntamento tramite CUP, si vede che hanno cambiato per le cose che avete detto prima; mi hanno dato il numero di telefono gratuito; se questo non rispondeva lasciavo un messaggio e venivo richiamata.</i>
MO2	41	Sistemi telematici di gestione	<i>Mi risulta che in alcuni ospedali di Roma sia possibile addirittura prenotarsi e ritirare i referti via internet, pagare i ticket via internet, e tutto questo.</i>
MO8	21	Sistemi telematici di gestione: utilizzo di sms per ricordare le scadenze	<i>Sì, tanto che altra cosa alla quale avevamo pensato era quella di mandare un sms a casa all'utente, oppure altri sistemi che possono andare in automatico senza dover impegnare degli operatori a livello CUP.</i>
MO1	7	Maggiore collaborazione tra pubblico e privato	<i>L'altro criterio che si può utilizzare è quello del convenzionamento, cioè dell'acquisto di prestazioni da parte della Ulss da strutture private.</i>
MB1	14	Assegnazione di codici di priorità	<i>Io mi auguro che l'azienda proponga i codici di priorità per tutte le aree, per tutte le visite, e ci dia uno strumento anche per comunicare e spiegare.</i>
PO5	3-4	Collaborazione ospedale/territorio	<i>Perché sono stati creati degli strumenti, comunque, per poter mantenere la continuità assistenziale dall'ospedale al territorio. Ci sono molti collegamenti in questo senso.</i>
VAU1	34	Interventi normativi e politici	<i>Io sono convinto che sono affrontabili e soprattutto sono convinto che non sono affrontabili solo attraverso l'intervento sugli operatori o sulle strutture; per capirci mi riferisco soprattutto ad interventi di tipo normativo politico e compagnia bella; questa è la strada, secondo me, non c'è ne sono altre.</i>
MO1	50	Eliminazione delle liste in stock	<i>Un'altra modalità tecnica, che viene utilizzata abbastanza con successo, è quella di non aumentare l'offerta in maniera stabile delle prestazioni, ma ogni tanto eliminare gli stock, per fare delle pulizie delle liste per un qualche periodo, e ridurre le attese.</i>
MO3	33	Maggior spazio per gli ambulatori divisionali	<i>Diciamo anche che ci siamo accordati da poco per un rinnovamento degli ambulatori, implementando il numero delle visite, differenziando le prime visite dalle visite di controllo e quindi abbiamo, da settembre, incrementato del 37% il numero delle prestazioni.</i>
MO2	28	Maggior collaborazione con il mondo del volontariato	<i>Quindi, bisognerebbe recuperare, per esempio, il mondo del volontariato, con cui si sta lavorando insieme, ma questa potrebbe essere una indicazione su cui impegnarsi, una grossa criticità.</i>

Utente			
Documento	Text-Unit	Nodo	Esempio
MO1	12	Sanzioni per mancata disdetta	<i>Giusto, giustissimo, fargli pagare la prestazione per intero e non solo il ticket.</i>
MO1	81	Educazione al consumo sanitario	<i>Ma lì il cittadino è educato in questa maniera, lo Stato educa in questo senso, per cui, diciamo, si parte già alla base, all'inizio, cioè quando c'è la domanda della prestazione. Si parte lì con un aspetto educativo molto importante.</i>
VAU1	57	Maggior partecipazione dell'utenza	<i>Quindi dobbiamo adoperare qualcosa che abbiamo sul territorio, un qualcosa proprio che fa pressione perché sono i cittadini i primi attori e quindi cerchiamo di venirci incontro perché altrimenti ognuno ha le proprie verità, ognuno ha le proprie esigenze, ognuno si sente il risolutore di tutto, ma rimaniamo nelle solite problematiche perché non riusciremo mai ad incontrarci.</i>
PO4	26-27	Modesto pagamento per le prestazioni	<i>Sugli anziani, io vedo sempre persone anziane negli ambulatori e sono convinto di una cosa: se anche ci fosse un ticket minimo, anche di un euro, sicuramente il 30% non verrebbe nel poliambulatorio. Io ne sono convinto.</i>
MB2	8	Pagamento anticipato prima della prestazione	<i>Ci sono delle persone che in maniera del tutto incivile non disdicono l'appuntamento e allora facciamo pagare tutti prima.</i>
Operatore sportello			
Documento	Text-Unit	Nodo	Esempio
PA1	39	Controllare eventuali disdette	<i>Sì, noi chiediamo alcuni giorni prima, telefoniamo a casa, e chiediamo conferma della prenotazione.</i>
VAU1	46	Promozione del ruolo del CU.	<i>Però, così, mi è venuta in mente una cosa: visto che una parte importante della lunghezza delle liste d'attesa è l'utente è una figura principale su tutta questa burocrazia, perché non facciamo un progetto con le associazioni di volontariato in modo da comunicare a queste persone come deve essere gestito il mondo della prenotazione e del CUP.</i>
PO1	8	Informare sui tempi d'attesa	<i>L'utenza chiama, si informa sul punto in cui si è arrivati, quante persone ci sono prima di loro e noi cerchiamo di dare queste informazioni.</i>
MO3	45-46	Orientare alla struttura	<i>Per quanto riguarda gli esami strumentali doppler, la difficoltà è legata anche al fatto che quando un cittadino telefona: "Mi serve un doppler dei tronchi sovraortici", il centro prenotazioni non è che dica: "Và a X" e guarda il primo posto libero; ed è questo che fa anche mancare questo rapporto che sarebbe oltremodo importante con i medici di base.</i>

PA2	13	Rassicurare gli utenti	<i>Molto spesso ci sono aspetti che creano una certa insicurezza nel paziente tanto è vero che tornando all'esempio di prima si dice addirittura: "Signora guardi che può sempre mandarla al pronto soccorso se è una cosa urgente"; al telefono si sentono come i medici ospedalieri [...]</i>
PA1	29	Prenotazione telefonica chiedendo conferma dell'emissione dell'impegnativa	<i>Noi dobbiamo registrare, in pratica, se ha l'impegnativa, chiediamo il numero, il codice dell'impegnativa, la data che è stata emessa; in genere c'è l'utente che prova anche a fingere di averla, però quando gli chiediamo dei dati: "Mi dica la data in cui è stata emessa", lì cominciano a dire: "Ma, veramente non ce l'ho".</i>

5.4. Rappresentazione grafica delle strutture gerarchiche ad albero

Figura 2. Criticità.

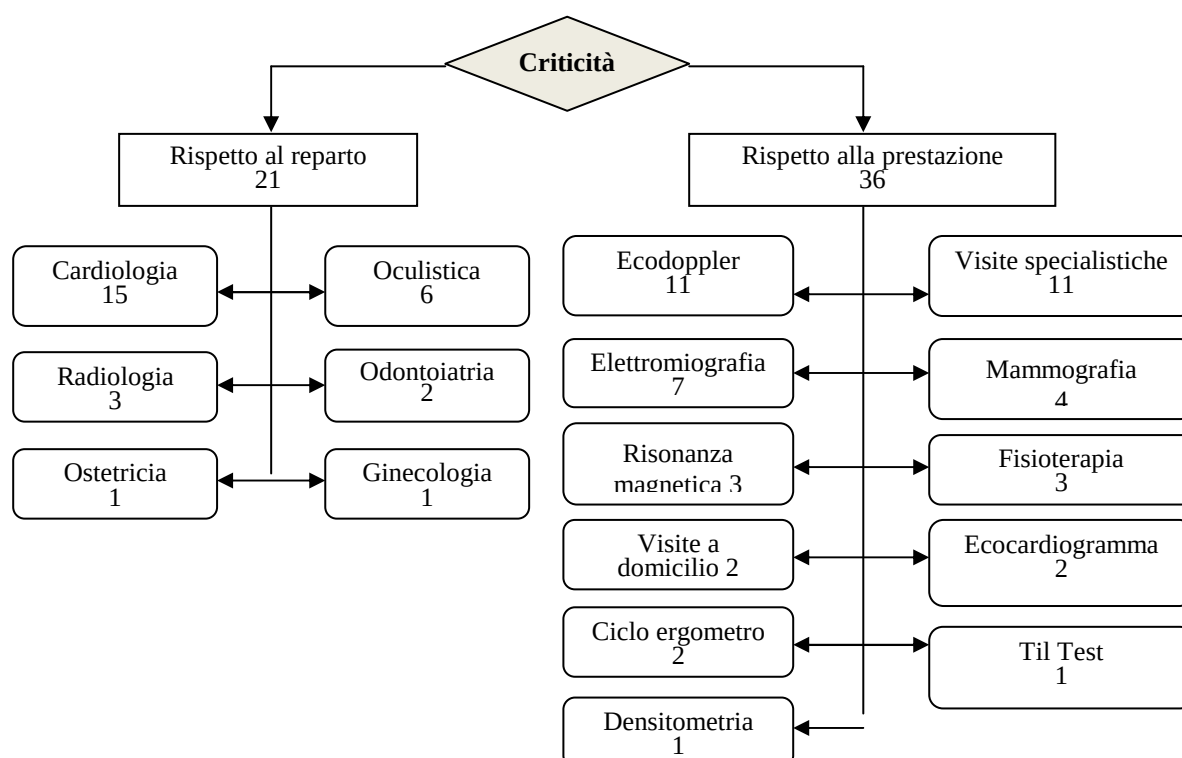


Figura 3. Determinanti delle liste e dei tempi d'attesa.

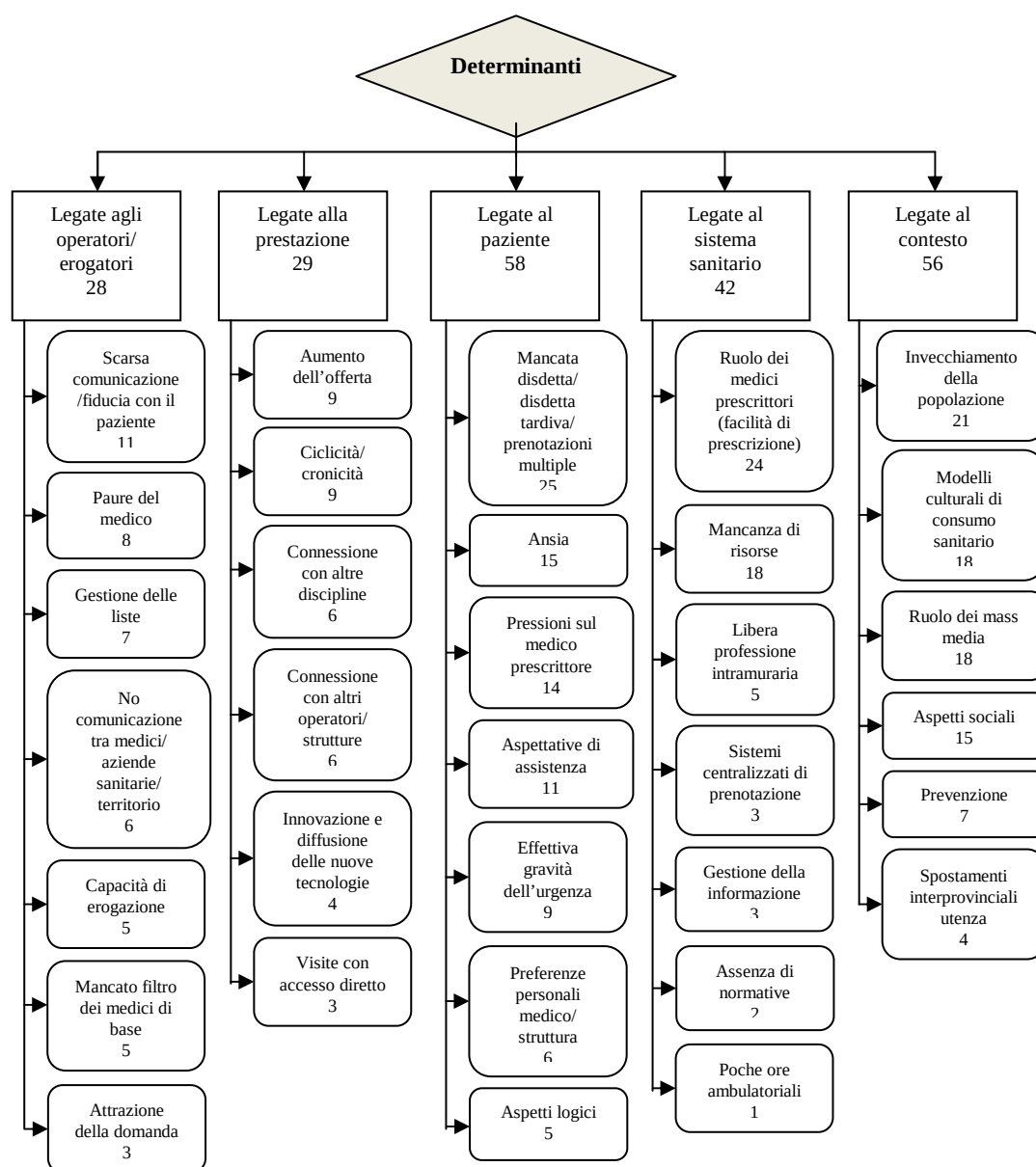


Fig. 4 – Interventi staff medico.

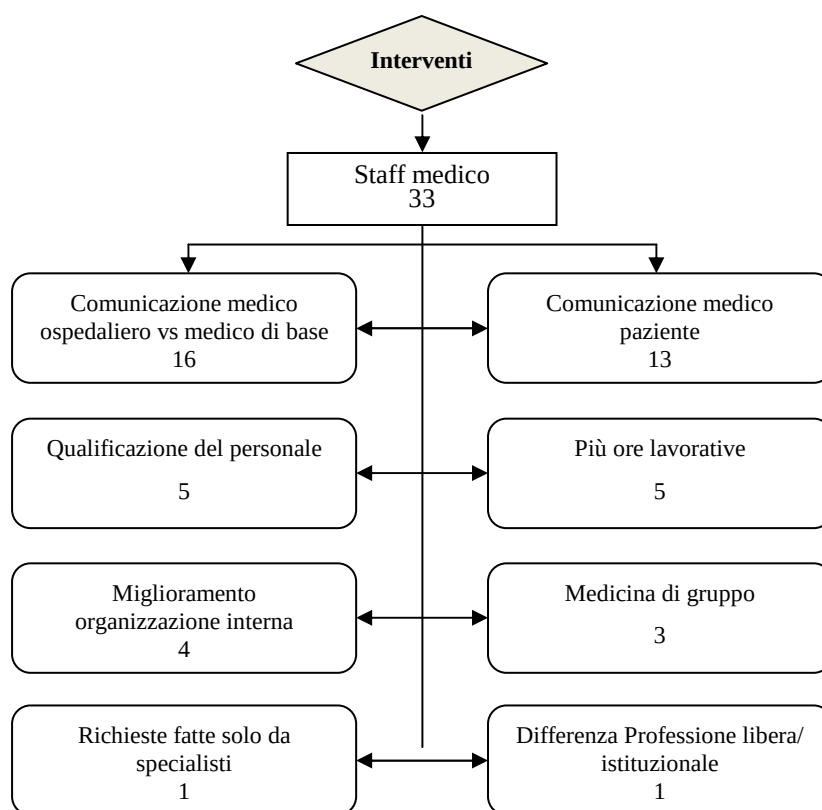


Fig. 5 – Interventi Utente.

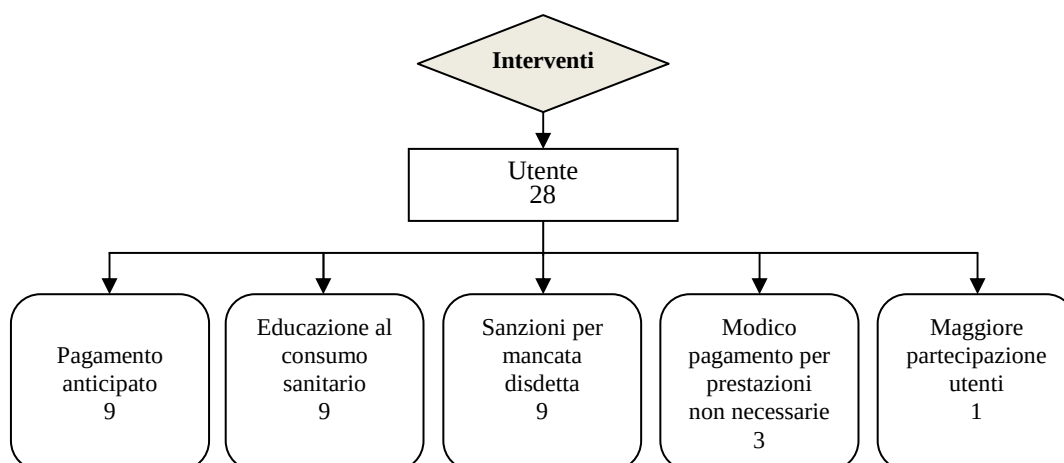


Fig. 6 – Interventi sistema sanitario.

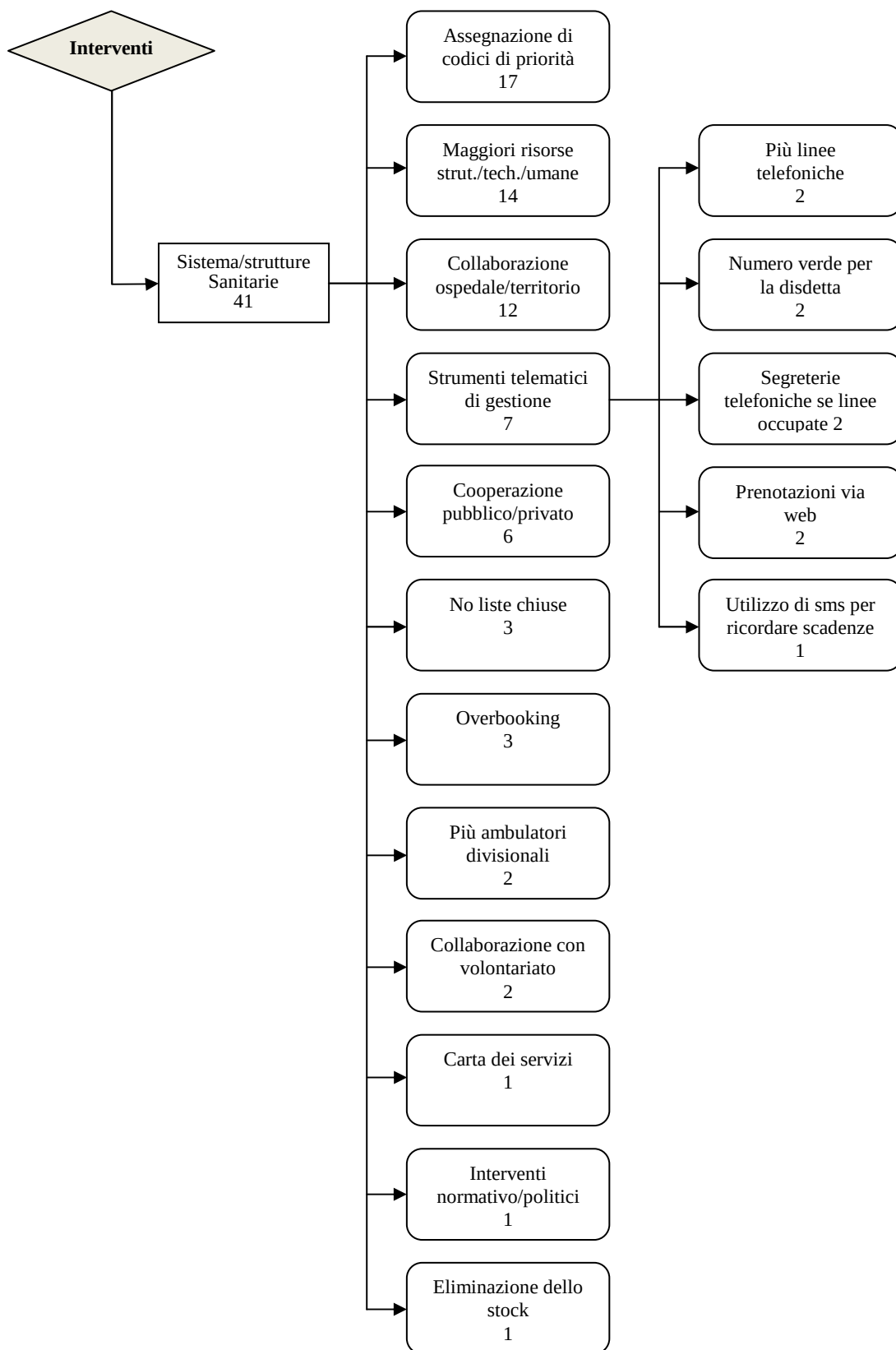
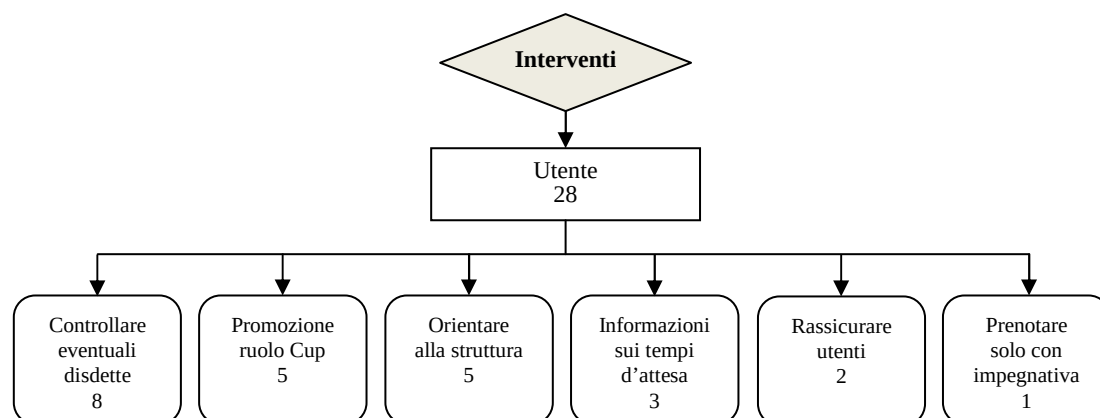


Fig. 7 – Interventi operatori sportello.



6. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

I focus group condotti con gli operatori di settore, oltre a fornire spunti utili per la successiva costruzione dello strumento, hanno permesso di osservare il fenomeno dal punto di vista specifico di chi vive quotidianamente il problema dei tempi di attesa e le sue conseguenze e di delineare interessanti spunti di riflessione sulla tematica in oggetto relativamente alle principali criticità, alle determinanti delle liste d'attesa e ai potenziali interventi correttivi e migliorativi.

In generale, gli operatori sanitari evidenziano le criticità dei tempi di attesa soprattutto rispetto alle visite specialistiche ambulatoriali che, a differenza delle visite di controllo o degli screening preventivi, si riferiscono al primo accesso dell'utente ovvero quando egli non è ancora stato preso in carico dal medico. Tale fase, definita pre-diagnostica, risulta essere la più stressante e carica emotivamente nel percorso di malattia del paziente poiché quest'ultimo, seppur consapevole di avere un problema di salute, non è ancora a conoscenza della natura e del grado di pericolo per il proprio benessere né di quando e se riuscirà a risolvere i suoi disturbi, come evidenziato negli studi di Giske e Gjengedal, (2006) e di Saegrov e Halding (2004).

Rispetto ai fattori determinanti delle liste e dei conseguenti tempi di attesa, gli operatori hanno fornito un variegato ed ampio panorama di risposte che sono state successivamente ricondotte a 5 categorie principali ovvero al comportamento dell'utente, al contesto sociale soprattutto in termini di invecchiamento della popolazione e modelli culturali di consumo, al sistema sanitario e alla sua organizzazione e, infine, alle caratteristiche legate più specificatamente agli operatori e alla prestazione sanitaria richiesta.

In merito al comportamento dell'utente, gli operatori individuano cause che possono essere lette come risposta ad una modalità di offerta inadeguata o ascritte ad un'ampia varietà di cause diverse. Si sottolinea, in particolare, il fenomeno del drop-out ovvero della mancata presentazione all'appuntamento senza aver provveduto alla sua disdetta, con conseguenze negative sull'organizzazione e la pianificazione delle attività soprattutto se esse prevedono l'utilizzo di tecnologie complesse e costose o l'impossibilità di compensare le mancate presentazioni accelerando, ad esempio, il percorso di altri pazienti. Un'ulteriore causa, connessa al drop-out, concerne le prenotazioni multiple e la tendenza degli utenti a prenotarsi in più sedi sanitarie senza informare le stesse, se non tardivamente, della propria scelta di recarsi nell'una piuttosto che nell'altra.

Di notevole interesse risultano essere anche le determinanti legate a quei comportamenti dell'utenza dettati più dall'ansia che da reali bisogni di assistenza e che spesso inducono il paziente a fare pressioni sul medico affinché prescriva la prestazione "desiderata" in virtù anche del maggiore valore attribuito alla salute nella società moderna e dell'aumento dell'offerta di informazioni sanitarie disponibili, spesso indiscriminata e poco controllata. In tale prospettiva si richiama la determinante "modelli culturali di consumo" codificata come legata al contesto e costituita da unità di testo con specifici riferimenti a comportamenti e abitudini di consumismo sanitario ovvero non appropriati e non giustificabili da un punto di vista clinico in quanto riconducibili in larga misura alla pressione esercitata dai mass media, ai fattori sociali e a quelli individuali in termini di ansia ed elevate aspettative di assistenza. È ormai riconosciuto come nei paesi occidentali industrializzati il valore attribuito alla salute e al benessere in generale siano cresciuti negli anni unitamente alle azioni intraprese per preservarli ed incrementarli fino a giungere a negare e/o a rifuggire i normali processi di

decadimento fisiologici legati all'invecchiamento. Tali fenomeni si manifestano in una crescente ansia di sapere e conoscere il proprio stato di salute e di assumere farmaci e sottoporsi a visite ed esami strumentali nella convinzione di poter porre rimedio a tutti gli eventuali disturbi e malattie; una sorta di effetto *Elisir* (Mariotti, 2006) alimentata dall'offerta di informazioni non sempre competente mediante siti web, programmi televisive, rubriche giornalistiche con il rischio di diffondere paure infondate e conoscenze approssimative contribuendo allo sviluppo di una domanda impropria di servizi e di prestazioni sanitarie già accresciuta dall'aumento della popolazione anziana e dall'allungamento generale della speranza di vita.

È presumibile, quindi, ritenere che il nodo “modelli culturali di consumo sanitario” possa essere considerato, in eventuali studi successivi, una sopracategoria in cui includere altre determinanti legate al contesto come la prevenzione, il ruolo dei mass media, gli aspetti sociali, nonché alcune determinanti legate al paziente quali l'ansia e le aspettative soggettive di assistenza.

Per quanto riguarda il sistema sanitario, gli operatori sono compatti nel ritenere la facilità di prescrizione da parte dei medici e la mancanza di risorse strutturali, umane e tecnologiche le principali cause dei tempi d'attesa. La carenza di risorse non solo determina un allungamento delle liste d'attesa ma può, a volte, costringere gli utenti a cercare la prestazione in sedi più lontane tecnologicamente più dotate. L'inappropriatezza e la facilità prescrittiva dei medici siano essi medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali od ospedalieri, risulta a parere degli operatori sanitari, in particolari dei medici, una delle cause maggiori dell'eccesso di domanda da ricollegarsi anche alla scarsa comunicazione e all'assenza di fiducia nella relazione medico-paziente, ai timori e paure del medico stesso di subire possibili ripercussioni legali nel caso in cui neghi una prescrizione di urgenza ad un paziente la cui patologia presenti un'evoluzione inaspettata. Viene, inoltre, sottolineata la mancanza di adeguati indirizzi e linee d'azione per una corretta gestione delle liste d'attesa in termini di assegnazione di criteri di priorità e di collaborazione tra medici, strutture sanitarie e territorio più ampio.

Si ricordano, infine, le determinanti legate al tipo di prestazione che possono incidere negativamente sulle liste d'attesa quali la necessità di prestazioni cicliche e di

patologie croniche, le innovazioni tecnologiche nonché l'aumento generale dell'offerta sanitaria che sembra indurre un aumento della richiesta e dei relativi tempi d'attesa.

Nonostante le principali determinanti delle liste siano, a parere degli operatori di settore, riconducibili al comportamento dell'utente, al contesto e al sistema sanitario, gli interventi correttivi e migliorativi raccomandati sono rivolti per lo più al sistema sanitario e allo staff medico quasi dando per scontata la difficoltà di agire sulla domanda ovvero sugli utenti, i loro atteggiamenti e abitudini comportamentali.

Tali interventi dovrebbero coinvolgere innanzitutto il sistema sanitario attraverso un aumento generale delle risorse e una più chiara assegnazione dei criteri di priorità e, a seguire lo staff medico migliorando la comunicazione medico-paziente e tra le diverse figure professionali coinvolte.

In particolare, a livello di sistema sanitario, gli operatori sottolineano interventi volti ad aumentare le risorse e di conseguenza l'offerta aumentando le ore lavorative e estendendo i servizi di sera e nei giorni prefestivi, acquisendo nuove tecnologie e nuovo personale medico-sanitario. Da notare come l'approccio dell'aumento dell'offerta possa essere controproducente dal momento che nel contesto sanitario i rapporti tra domanda e offerta si differenziano dagli altri settori per cui ad una iniziale riduzione della domanda segue il ripresentarsi delle criticità. Non a caso, spesso le regioni che hanno erogato i volumi di attività più elevati presentano anche i tempi d'attesa più lunghi (Mariotti, 2006). Più utili risultano essere gli interventi finalizzati a chiarire e definire i percorsi diagnostico terapeutici e i criteri di priorità per una più corretta gestione delle liste d'attesa e a migliorare i sistemi di gestione telematici mediante l'aumento delle linee telefoniche, l'utilizzo di segreterie telefoniche, di numeri verdi, di sms e di siti web.

In tale prospettiva rientrano gli interventi sugli operatori allo sportello, essi andrebbero orientati ad incrementare le attività del CUP in termini anche di controllo sulle disdette e di orientamento all'utente verso la struttura più idonea e con tempi d'attesa più brevi. Si può notare come gli interventi che prevedono come attori principali gli operatori CUP abbiano portato alla codifica di soli 17 documenti. È interessante notare come siano quasi esclusivamente i medici ospedalieri e lo stesso personale amministrativo a raccomandare questo tipo di intervento: i partecipanti alla ricerca esterni al contesto dell'azienda sanitaria, come i medici di medicina generale e i rappresentanti delle associazioni di volontariato, hanno scarsamente contribuito alla

definizione di tale nodo. Chi lavora a stretto contatto con gli utenti, in particolare nella fase di accesso, manifesta un più elevato bisogno di interventi formativi volti non solo a migliorare le competenze tecnico-professionali e l'organizzazione del lavoro, ma anche a sviluppare abilità di comunicazione e di gestione dell'ansia e delle relative emozioni dell'utente tese a rassicurarlo, a sostenerlo e informarlo.

A livello di staff medico, le azioni suggerite concernono in particolare lo sviluppo di un rapporto di comunicazione e di scambio di informazioni e di reciproco ascolto tra medico e paziente e tra le diverse figure professionali, in particolare tra medico di medicina generale cui viene attribuita, di solito, una certa facilità di prescrizione e medico ospedaliero.

L'importanza di migliorare la capacità comunicativa deriva, in parte, dai cambiamenti cui si è assistito negli ultimi anni che hanno visto il passaggio del ruolo del paziente da soggetto passivo, preso in carico dal medico a soggetto attivo, protagonista e desideroso di essere coinvolto nelle decisioni che riguardano la sua salute (Gerteis *et al.*, 1993; Neuberger, 2000); cambiamento che richiede al servizio sanitario e agli stessi medici di spogliarsi di "antiquati" meccanismi autoreferenziali per concentrarsi sull'utente instaurando un rapporto di fiducia, dialogo e credibilità.

In merito agli interventi sull'utente, essi potranno essere di tipo preventivo ovvero volti a contenere la domanda oppure finalizzati a migliorare la gestione dei contatti in seguito alla richiesta di una prestazione. Nel primo caso rientrano le campagne di informazione, di comunicazione e di responsabilizzazione agli utenti sull'utilizzo corretto e appropriato dei servizi sanitari; a volte, per ottenere tale responsabilizzazione, può o potrebbe risultare utile adottare le strategie del pagamento anticipato o della sanzione per la mancata disdetta dell'appuntamento al fine di contrastare il fenomeno delle prenotazioni multiple e della mancata o tardiva disdetta della prenotazione. Nel secondo caso, rientrano le attività finalizzate ad ottimizzare lo scambio di informazioni tra la struttura e l'utente anche mediante i più moderni strumenti di comunicazione quali internet, sms e numeri verdi.

Dalle matrici di intersezione delle categorie con il ruolo/professione dei partecipanti, si può notare, inoltre, come i rappresentanti degli utenti e di associazioni di volontariato non si esentino dal considerare "colpevole" l'utente nel determinare il problema in questione suggerendo, contemporaneamente, specifici interventi ad esso

rivolti. Tuttavia è necessario sottolineare come vengano caldeggiati da questa categoria di partecipanti, interventi soprattutto di tipo educativo piuttosto che sanzionatorio. Si inseriscono, in tale prospettiva le attività di educazione e di responsabilizzazione dell'utente in termini di campagne di *demarketing* (Kotler & Levy, 1971) rivolte a scoraggiare un utilizzo improprio delle strutture sanitarie, sostenendo gli utenti nei loro processi di decisione e rendendoli maggiormente consapevoli e responsabili dei propri comportamenti.

L'analisi dei focus group ha consentito, quindi, di esplorare e approfondire la tematica delle liste e dei tempi d'attesa specifica nel contesto italiano e nel sistema sanitario pubblico permettendo, oltre ad una più chiara comprensione dei fenomeni sottostanti, la possibilità di individuare argomenti e possibili variabili di interesse su cui concentrare l'attenzione in vista della successiva fase della ricerca rivolta agli utenti del servizio sanitario e che sarà descritta nel prossimo capitolo.

CAPITOLO QUARTO

SECONDA FASE: L'INDAGINE QUANTITATIVA RIVOLTA AGLI UTENTI DEI SERVIZI SANITARI

1. OBIETTIVI

Alla luce dei risultati emersi dall'analisi della letteratura e dalla prima fase della ricerca svolta mediante focus group con gli operatori del settore sanitario, è stato messo a punto un questionario finalizzato a rilevare la soddisfazione per i tempi d'attesa da parte degli utenti e alcune delle variabili cognitive e affettive in grado di influenzarla.

Il questionario, le cui scale sono state costruite appositamente per la ricerca, è stato somministrato ad un campione totale di 2000 utenti del Servizio Sanitario all'interno della Regione Veneto.

Gli obiettivi specifici di questa seconda fase concernono:

1. l'analisi delle proprietà metriche delle scale utilizzate di nuova formulazione (attribuzione di responsabilità all'utente, agli operatori e al sistema, valore percepito associato al servizio, reazioni emotive negative dell'attesa), mediante analisi fattoriale esplorativa e indici di affidabilità;
2. l'analisi descrittiva dei risultati;
3. la stima degli effetti diretti e indiretti prodotti dalle variabili cognitive e affettive (gap aspettative-percezione della performance, attribuzioni di responsabilità, reazioni emotive e valore percepito) sulla soddisfazione dell'utente per i tempi di attesa mediante un modello di equazioni strutturali per variabili osservate.

2. METODO

2.1. Partecipanti

Il questionario è stato somministrato ad un totale di 2000 soggetti individuati mediante campionamento non probabilistico per quote: la popolazione è stata suddivisa in classi omogenee secondo tre variabili indipendenti – *genere, età, titolo di studio* – e dai dati del più recente censimento si è ricavato il peso percentuale di ogni classe

nell'ambito della regione Veneto. Il totale delle unità del campione è stato suddiviso tra le classi in modo da rispecchiare le proporzioni esistenti nella popolazione e si è così pervenuti alla definizione delle quote, ossia alle interviste da effettuare in ciascuna classe.

Il campione totale risulta costituito da 2000 soggetti di cui il 51% di genere femminile. Riguardo all'età, il 17% si colloca fra i 18 e i 29 anni, il 64% tra i 30 e i 64, il restante 19% ha oltre 64 anni. Per quanto concerne il titolo di studio, più della metà del campione possiede la licenza elementare/media (61%), il 31% ha un titolo di licenza superiore e il restante 8% dichiara di aver conseguito una laurea.

Data la numerosità del campione e considerando come al crescere di essa aumenti la probabilità di rifiutare l'ipotesi nulla di assenza di relazioni tra le variabili (Corbetta, 1999), il campione totale è stato distinto in maniera casuale in 2 sub-campioni. Sul primo campione (pari a 1018 soggetti) si sono effettuate le analisi fattoriali esplorative e di attendibilità. Sul secondo (pari a 982 soggetti), si è stimato un modello di equazioni strutturali per variabili osservate.

Nello specifico, il primo sub-campione è costituito da 463 soggetti di genere maschile (pari al 45% del campione) e da 555 di genere femminile (pari al 55%). Riguardo all'età, il 16% si colloca fra i 18 e i 29 anni, il 65% tra i 30 e i 64, il restante 19% ha oltre 64 anni.

Per quanto concerne il titolo di studio, più della metà del campione possiede la licenza elementare/media (63%), il 29% ha un titolo di licenza superiore e il restante 8% dichiara di aver conseguito una laurea.

Relativamente al secondo sub-campione, il 53% è di genere maschile e il restante 47% di genere femminile. In merito all'età il 18% si colloca fra i 18 e i 29 anni, il 63% tra i 30 e i 64 anni e il 19% ha un'età superiore ai 64 anni. Per quanto riguarda il titolo di studio, anche nel secondo subcampione, più della metà (il 60%) ha la licenza elementare/media, il 32% ha una licenza superiore e l'8% un titolo di laurea.

2.2. Procedura

Per la somministrazione dello strumento sono stati coinvolti, oltre alla scrivente, intervistatori opportunamente formati e sensibilizzati alla tematica.

Somministrazione, raccolta, codifica dei questionari e successiva elaborazione dei dati sono avvenute garantendo l'assoluto anonimato dei partecipanti nel rispetto della legge sulla privacy (196/2003).

2.3. Strumento

La costruzione del questionario si è basata sui risultati emersi dai focus group, sulla letteratura internazionale e nazionale inerente le tematiche della customer satisfaction, dell'esperienza dell'attesa nei servizi e delle possibili variabili che possono influenzare la soddisfazione da parte dell'individuo, tenendo sempre a mente quelle che sono le caratteristiche salienti del servizio sanitario pubblico italiano.

Da un'attenta analisi della letteratura, ci siamo accorti dell'assenza di un questionario-scala volti a rilevare l'attesa e le variabili ad essa associate in termini di lista e tempi di attesa per ricevere una prestazione sanitaria sia essa una visita specialistica, un esame strumentale o un ricovero ospedaliero. Per tale motivo gli item e le scale presenti nel questionario sono stati costruiti appositamente per la ricerca e adattati allo specifico contesto. Il questionario risulta articolato nelle scale di seguito riportate.

La discrepanza aspettative-percezioni

Coerentemente al paradigma della smentita delle aspettative (Oliver, 1980; Tse & Wilton, 1988; Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1993) si assume che l'utente utilizzi le aspettative in termini di tempo d'attesa accettabile come criterio di confronto per la percezione della performance del servizio (il tempo realmente esperito); dal confronto tra le due deriva il punteggio di smentita/gap/discrepanza.

La discrepanza percepita tra aspettative e percezioni viene rilevata mediante 2 item, uno relativo alle aspettative di tempo massimo ragionevole per l'attesa e l'altro inerente la percezione del tempo che si è dovuto attendere per ricevere una prestazione specialistica ambulatoriale. La scala di risposta è una scala Likert a 6 punti (nessuna attesa, meno di 10 giorni, dai 10 ai 30 giorni, dai 30 ai 60 giorni, dai 3 ai 4 mesi, dai 5 mesi a oltre 1 anno). L'utilizzo di etichette rappresentanti diversi intervalli temporali consente di definire il limite temporale dell'attesa ritenuto ragionevole dagli utenti e da

promuovere nelle strutture sanitarie allo scopo di incontrare e rispondere adeguatamente alle loro aspettative.

Il punteggio della discrepanza viene calcolato mediante un approccio indiretto (Yuksel & Rimmington, 1998): i punteggi ottenuti dalla percezione del tempo atteso vengono sottratti alle aspettative di tempo d'attesa ragionevole per giungere a costituire una terza variabile, il punteggio di smentita/differenza o valore di scarto da utilizzare nelle analisi successive (Pruyn & Smidts, 1998).

Un punteggio negativo (smentita negativa) si riferisce alla percezione dell'individuo di aver dovuto attendere più a lungo di quello che è un tempo d'attesa ritenuto ragionevole. Un punteggio positivo (smentita positiva o conferma) indica che il tempo d'attesa percepito rientra nella zona di tolleranza, rispondendo in maniera adeguata alle aspettative espresse dall'utente.

Le attribuzioni di responsabilità

L'attribuzione rappresenta il processo attraverso cui l'utente stabilisce delle relazioni tra un effetto e le sue cause (Weiner, 1985, 2000); nello specifico, il locus della causalità concerne la percezione dell'utente di chi o che cosa è responsabile dell'evento e "può risiedere nell'utente, in altre persone o nella situazione" (Wong & Weiner, 1981, p. 655).

In accordo con le ricerche presenti in letteratura (Floyd & Voloudakis, 1999; Yen, Gwinner & Su, 2004; Swanson & Kelley, 2001) si è differenziato il locus esterno in attribuzioni di causa al comportamento degli operatori/impiegati che erogano il servizio e, in senso più ampio, al sistema/organizzazione/struttura mantenendo il locus interno come attribuzioni di causa all'utente.

La formulazione degli item specifici per la tematica in oggetto, si è basata sui risultati emersi dall'analisi dei focus group sulle principali determinanti che possono contribuire al problema delle liste e dei tempi di attesa dalla prospettiva degli operatori sanitari e sulla ricerca di Mariotti (2006), in cui si individuano tre categorie ad impatto negativo sui tempi di attesa, il comportamento dell'utente, il comportamento dei medici, le caratteristiche del sistema sanitario. Complessivamente la scala di attribuzione di responsabilità in termini di locus causale risulta costituita da 25 item articolati in 3 subscale: 1. locus interno-comportamento utente, 2. locus esterno-operatori sanitari e 3.

locus esterno-sistema sanitario. Al soggetto viene richiesto di indicare il grado di accordo/disaccordo rispetto ai possibili fattori che possono contribuire ad allungare le liste e i tempi d'attesa su una scala Likert a sei livelli, da 1 (molto in disaccordo) a 6 (molto d'accordo).

Le emozioni associate all'attesa

Considerate la peculiarità del contesto esaminato e la tendenza delle emozioni ad essere contesto-specifiche (Richins, 1997) è stata messa a punto una scala specifica volta a rilevare le reazioni emotive negative associate all'attesa per una prestazione sanitaria. L'importanza di tale scala deriva dai suggerimenti di diversi Autori (Barsky & Nasn, 2002; Mattila, 2001; Yu & Dean, 2001) in merito all'opportunità di considerare una componente affettiva nella rilevazione della customer satisfaction.

Le emozioni sono state individuate a partire dalla scala affettiva presente nel modello di Pruyn e Smidts (1998) e dagli studi presenti nella letteratura (Giske & Gjengedal, 2006; Sampalis *et al.*, Young *et al.* 2000; Saegrov & Halding, 2004). Tali studi, pur riferendosi di volta in volta a diverse patologie e trattamenti sanitari richiesti, evidenziano l'associazione tra attesa ed emozioni quali ansia, stress, rabbia, timore di peggioramento del proprio stato di salute.

Al soggetto viene, pertanto, richiesto di indicare su una scala Likert a 4 punti (per nulla, poco, abbastanza, molto) in che misura ha sperimentato durante la fase di attesa precedente la visita medica alcuni vissuti emotivi in termini di ansia, di irritazione, di preoccupazione per l'evolversi della patologia, di assenza di rassicurazioni e sostegno nonché di ripercussioni nello svolgimento delle attività abituali e di quelle lavorative. La scala si compone di 7 item.

Valore percepito

Nel questionario è stata inserita una scala di valore percepito associato al servizio, inteso come la valutazione da parte dell'utente dei benefici che riceve dal servizio in rapporto ai costi, monetari e non, che deve sostenere (Woodruff, 1997; Holbrook, 1994; Zeithaml, 1988). In uno dei suoi postulati relativi all'attesa, Maister (1985) afferma come "al maggior valore attribuito al servizio corrisponderà una maggiore disponibilità ad attendere da parte dell'utente".

Al soggetto viene richiesto di indicare su una scala Likert a 6 punti (da molto in disaccordo a molto d'accordo) la sua disponibilità ad attendere più a lungo (costi personali) in virtù di una serie di benefici associati al servizio e percepiti come importanti. Tali benefici possono concernere l'efficacia del trattamento, le agevolazioni economiche e logistiche, il rapporto umano e di conoscenza con lo staff e la struttura sanitaria. Anche in questo caso per la costruzione degli item ci si è basati su alcune osservazioni emerse nell'ambito dei focus group e su recenti contributi teorici che sottolineano l'importanza dell'umanizzazione e della personalizzazione dei rapporti sanitari (Dei Tos & Del Favero, 2006). La scala si compone di 8 item.

Soddisfazione per i tempi di attesa

La soddisfazione dell'utente in merito alle liste e ai tempi di attesa viene rilevata attraverso un unico item. Al soggetto viene richiesto di indicare su una scala da 1 a 10 la sua soddisfazione dei tempi d'attesa, dove 1 corrisponde a un giudizio di bassa soddisfazione e 10 ad un giudizio di alta soddisfazione.

3. CARATTERISTICHE PSICOMETRICHE DELLO STRUMENTO

Dal momento che le scale utilizzate sono di nuova formulazione e gli item sono stati costruiti appositamente tenendo conto delle caratteristiche del contesto dei servizi sanitari, si è proceduto a valutarne la dimensionalità e la bontà mediante analisi fattoriale esplorative e analisi di affidabilità delle scale. Le analisi (software SPSS 13.0) sono state condotte sul primo sub-campione.

Per tutte le scale analizzate si è provveduto inizialmente a valutarne l'adeguatezza dei dati attraverso il Test di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e il Test di Sfericità di Bartlett (BTS); in seguito, è stata eseguita l'analisi fattoriale esplorativa (fattorizzazione dell'asse principale) e successiva rotazione Oblimin; il numero dei fattori è stato scelto in base al metodo dello scree-test (Cattell, 1966).

3.1. Scala di attribuzione di responsabilità

L'analisi del KMO presenta un indice di .87 e il BTS ($X^2_{(300)} = 5687,266$; $p < .001$) è risultato significativo indicando che le variabili in oggetto soddisfano i criteri psicometrici necessari per l'analisi esplorativa. La rotazione obliqua è stata scelta in quanto si ipotizzava una correlazione positiva fra le due dimensioni del controllo esterno. Il numero dei fattori considerati è stato scelto in base al metodo dello scree-test di Cattell (Cattell, 1966).

Relativamente alla scala di attribuzione si ipotizza una sua articolazione in 3 fattori/loci di attribuzione. Per cui gli item sono stati formulati e sviluppati articolandoli all'interno di tale classificazione. Il primo fattore ipotizzato concerne il comportamento dell'utente in termini di azioni, abitudini e modalità di comportamento che possono contribuire all'allungamento delle liste e dei tempi d'attesa; gli item afferenti a tale fattore sono i seguenti: d31, d32, d34, d35, d36, d37, d40. Il secondo e il terzo fattore ipotizzato riguardano le attribuzioni di responsabilità per il fenomeno liste e tempi d'attesa a cause esterne, e nello specifico al fattore operatori sanitari (d33, d38, d39, d42, d43, d44, d45, d46) e al fattore sistema sanitario (d42, d47, d48, d49, d50, d51, d52, d53, d54, d55).

Una prima soluzione ha confermato l'ipotesi di una sua articolazione in 3 fattori in grado di spiegare complessivamente il 43.20% della varianza totale; si è evidenziata, inoltre, la presenza di 2 item bifattoriali che hanno suggerito una loro eliminazione (d41 e d42).

La soluzione ottenuta in seguito all'eliminazione dei due item bifattoriali risulta migliore. Il modello mette in evidenza tre fattori che spiegano nel complesso il 44.03% della varianza totale. Il primo fattore, locus esterno-sistema sanitario, viene saturato dagli item riferibili alle caratteristiche del sistema sanitario (item 48, 47, 50, 51, 49, 54, 52, 53, 55); le saturazioni sono comprese tra .408 e .699. Il secondo fattore, locus interno-comportamento utente, è saturato dagli item 31, 32, 34, 35, 40, 36, 37; tali item si riferiscono a determinati comportamenti e tendenze dell'utente che possono concorrere all'aumento delle liste e dei tempi di attesa e presentano saturazioni che vanno da .478 a .692. Infine del terzo fattore, locus esterno-operatori sono saturi gli item 45, 33, 46, 43, 38, 44, 39 con coefficienti compresi tra .495 e .635.

I 3 fattori risultano correlati fra di loro ($r_{13}=-.52$, $r_{23}=-.31$) giustificando la rotazione obliqua utilizzata. Il primo (sistema sanitario) e il terzo fattore (operatori sanitari) risultano essere correlati fra loro ($r_{13} = -.52$; $p < .001$), il primo appare indipendente dal secondo relativo al comportamento dell'utente, mentre è presente una debole correlazione tra il locus comportamento utente e il locus sistema sanitario ($r_{23} = -.31$; $p < .01$).

Nella Tabella 1 sono riportate le saturazioni della soluzione a 3 fattori per la scala di Attribuzione di responsabilità.

La coerenza interna e la fedeltà della scala, valutate mediante il calcolo delle correlazioni item-totale e del coefficiente α di Cronbach, risultano soddisfacenti (Nunnally, 1978) (Tabelle 2, 3, 4).

La scala, nella sua versione finale, è risultata composta da 23 item confermando l'ipotesi sottostante di una sua articolazione in 3 sub-scale: sette per la subscale locus comportamento utente avente un coefficiente di attendibilità di $\alpha = .79$; sette per la subscale locus operatori sanitari con un coefficiente di attendibilità di $\alpha = .84$; nove, infine, per la subscale locus sistema sanitario avente un coefficiente di attendibilità pari a $\alpha = .85$.

Tabella 1. Matrice dei modelli per la scala di attribuzione di responsabilità.

Dimensioni				
Sistema sanitario		Fatt1	Fatt2	Fatt3
d48	Carenza di personale paramedico	.699		
d47	Carenza di personale medico	.694		
d50	Utilizzo del personale medico per attività diverse da quelle ambulatoriali (ricoveri, guardie, ...)	.675		
d51	Non equa distribuzione delle risorse sul territorio	.663		
d49	Assenza di normative riguardo alla suddivisione in classi di priorità delle prestazioni sanitarie	.651		
d54	Mancata applicazione di normative riguardo alla suddivisione in classi di priorità delle prestazioni sanitarie	.609		
d52	Impossibilità di identificare casi urgenti dovuta alla specificità e alla complessità dei quadri clinici	.583		
d53	Carenza di attrezzature e macchinari a disposizione	.538		
d55	Scarsa o insufficiente informazione/comunicazione di possibili modalità di prenotazione alternative	.408		
Comportamento utente				
d31	Eccessiva preoccupazione per la propria salute da parte di alcuni individui, che li spinge a richiedere frequenti prestazioni sanitarie		.692	
d32	Richiesta elevata da parte dei cittadini di prestazioni non appropriate e inutili		.680	
d34	Richieste multiple e/o contemporanee in più sedi di esami specialistici e/o prestazioni sanitarie		.634	
d35	Scarsa disponibilità a rivolgersi ad altre strutture ospedaliere diverse da quella abituale		.619	
d40	Mancata disdetta degli appuntamenti cui consegue l'impossibilità di subentrare ai posti vacanti		.616	
d36	Preferenze personali per alcuni medici		.554	
d37	Instaurazione di un legame di fiducia tra utente e struttura sanitaria		.478	
Operatori sanitari				
d45	Conflittualità e confusione nelle prescrizioni cliniche fra le varie figure professionali			.635
d33	Limitata competenza e professionalità degli operatori sanitari prescrittori			.614
d46	Poca dedizione e impegno nel proprio lavoro da parte degli operatori sanitari			.612
d43	Facilità di prescrizioni/indicazioni improprie da parte del medico prescrittore			.547
d38	Uso improprio delle richieste urgenti			.533
d44	Sottoutilizzo o uso improprio delle tecnologie sanitarie			.510
d39	Inadeguata gestione delle liste da parte degli operatori sanitari			.495
<i>Percentuale di varianza spiegata (Totale: 44.03%)</i>		<i>17.9</i> %	<i>13.92</i> %	<i>11.36</i> %

Note: Si sono omessi i coefficienti di saturazione <|.40|.

Non vengono considerati gli item d41 (aumento del numero di pazienti che necessitano di prestazioni sanitarie) e d42 (minore attività ambulatoriale istituzionale rispetto alla libera professione privata (a pagamento) da parte dei medici).

Tabella 2. Analisi della coerenza interna della scala locus esterno-sistema sanitario.

		M	d.s.	Correlazione Item-totale corretta	α in assenza dell'item
d48	Carenza di personale paramedico	3.69	1.49	.64	.83
d47	Carenza di personale medico	3.61	1.49	.63	.83
d50	Utilizzo del personale medico per attività diverse da quelle ambulatoriali (ricoveri, guardie, ...)	3.70	1.32	.59	.83
d51	Non equa distribuzione delle risorse sul territorio	3.84	1.37	.60	.83
d49	Assenza di normative riguardo alla suddivisione in classi di priorità delle prestazioni sanitarie	3.74	1.46	.62	.83
d54	Mancata applicazione di normative riguardo alla suddivisione in classi di priorità delle prestazioni sanitarie	3.90	1.40	.58	.83
d52	Impossibilità di identificare casi urgenti dovuta alla specificità e alla complessità dei quadri clinici	3.51	1.33	.60	.83
d53	Carenza di attrezzature e macchinari a disposizione	3.50	1.40	.52	.84
d55	Scarsa o insufficiente informazione/comunicazione di possibili modalità di prenotazione alternative	4.19	1.32	.35	.85
$\alpha = .85$					

Tabella 3. Analisi della coerenza interna della scala locus interno- utente.

		M	d.s.	Correlazione Item-totale corretta	α in assenza dell'item
d31	Eccessiva preoccupazione per la propria salute da parte di alcuni individui, che li spinge a richiedere frequenti prestazioni sanitarie	4.04	1.54	.59	.75
d32	Richiesta elevata da parte dei cittadini di prestazioni non appropriate e inutili	4.08	1.52	.59	.75
d34	Richieste multiple e/o contemporanee in più sedi di esami specialistici e/o prestazioni sanitarie	4.04	1.41	.54	.76
d35	Scarsa disponibilità a rivolgersi ad altre strutture ospedaliere diverse da quella abituale	3.88	1.36	.55	.76
d40	Mancata disdetta degli appuntamenti cui consegue l'impossibilità di subentrare ai posti vacanti	4.49	1.43	.49	.77
d36	Preferenze personali per alcuni medici	4.17	1.35	.37	.77
d37	Instaurazione di un legame di fiducia tra utente e struttura sanitaria	3.99	1.36	.30	.79
$\alpha = .79$					

Tabella 4. Analisi della coerenza interna della scala locus esterno-operatori.

	M	d.s.	Correlazione Item-totale corretta	α in assenza dell'item
d45 Conflittualità e confusione nelle prescrizioni cliniche fra le varie figure professionali	3.48	1.45	.66	.80
d33 Limitata competenza e professionalità degli operatori sanitari prescriventi	3.45	1.45	.51	.83
d46 Poca dedizione e impegno nel proprio lavoro da parte degli operatori sanitari	3.47	1.43	.59	.81
d43 Facilità di prescrizioni/indicazioni improprie da parte del medico prescrivente	3.50	1.40	.57	.82
d38 Uso improprio delle richieste urgenti	3.90	1.49	.60	.81
d44 Sottoutilizzo o uso improprio delle tecnologie sanitarie	3.53	1.45	.57	.82
d39 Inadeguata gestione delle liste da parte degli operatori sanitari	3.87	1.35	.62	.81
$\alpha = .84$				

3.2. Scala di reazioni emotive negative associate all'attesa

L'analisi del KMO presenta un indice di .89 e il BTS ($X^2_{(28)} = 3491,600$; $p < .001$) è risultato significativo indicando che la matrice dei dati può essere sottoposta ad analisi fattoriale.

La soluzione (non ruotata) ottenuta ha evidenziato la presenza di un unico fattore in grado di spiegare complessivamente il 50.13% della varianza totale (Tabella 5). Tutti gli item considerati presentano coefficienti di saturazione nel fattore superiori a $|\cdot 40|$.

La scala reazioni effettiva risulta essere, quindi unidimensionale.

La coerenza interna e la fedeltà della scala, valutate mediante il calcolo delle correlazioni item-totale e del coefficiente α di Cronbach ($\alpha = .87$), risultano soddisfacenti (Tabella 6); per i valori dell' α di Cronbach si è fatto riferimento a Nunnally (1978) che ha suggerito una soglia di accettazione pari a .70.

Tabella 5. Matrice dei modelli per la scala reazioni emotive.

	Scala Reazioni emotive	Fatt1
d60	Durante il periodo di attesa, ho temuto che il mio stato di salute potesse aggravarsi	.813
d63	Durante l'attesa ho vissuto in uno stato d'ansia	.805
d62	Ho avuto la sensazione che il tempo d'attesa potesse ostacolare un più rapido miglioramento delle mie condizioni di salute	.782
d61	Dover aspettare per una visita medica mi ha fatto provare rabbia	.703
d66	L'attesa è stata emotivamente stressante per i miei familiari	.690
d65	L'ansia procuratami dal tempo di attesa mi ha ostacolato nello svolgimento delle attività abituali	.646
d64	L'attesa non mi ha recato alcun problema	-.446
<i>Percentuale di varianza spiegata: 50.13%</i>		

Tabella 6. Analisi della coerenza interna della scala reazioni emotive all'attesa.

		M	d.s.	Correlazione Item-totale corretta	α in assenza dell'item
d60	Durante il periodo di attesa, ho temuto che il mio stato di salute potesse aggravarsi	2.38	.94	.74	.83
d63	Durante l'attesa ho vissuto in uno stato d'ansia	2.46	1.02	.74	.83
d62	Ho avuto la sensazione che il tempo d'attesa potesse ostacolare un più rapido miglioramento delle mie condizioni di salute	2.47	.99	.71	.84
d61	Dover aspettare per una visita medica mi ha fatto provare rabbia	2.73	.98	.98	.84
d66	L'attesa è stata emotivamente stressante per i miei familiari	2.32	.98	.64	.85
d65	L'ansia procuratami dal tempo di attesa mi ha ostacolato nello svolgimento delle attività abituali	2.02	.89	.59	.85
d64	L'attesa non mi ha recato alcun problema	2.71	.96	.41	.87
$\alpha = .87$					

3.3. Scala di valore percepito

L'analisi del KMO presenta un indice di .84 e il BTS ($X^2_{(28)} = 3111,247$; $p < .001$) è risultato significativo indicando che la matrice dei dati può essere sottoposta ad analisi fattoriale esplorativa.

La soluzione (Tabella 7) ha evidenziato la presenza di due fattori correlati fra di loro ($r = .58$).

Tabella 7. Matrice dei modelli per la scala valore percepito.

		Fatt 1	Fatt 2
d29	In quella struttura sanitaria “mi conoscono da una vita”	.79	
d28	Lo staff sanitario si dimostra molto umano, attento e sensibile alle mie esigenze/ preoccupazioni	.68	
d27	La struttura offre delle agevolazioni e/o dei costi contenuti	.61	
d30	Mi è comodo raggiungere la struttura sanitaria	.58	
d26	Sono stato rassicurato sul mio stato di salute	.51	.
d24	Sono sicuro di ricevere cure e trattamenti molto efficaci		-.94
d23	Il servizio/personale medico è di livello molto elevato		-.80
d25	Ho già avuto esperienze assai soddisfacenti con una certa struttura/personale medico		-.40
Percentuale di varianza spiegata (Totale: 52.09%)		42.99%	9.10%

Il primo fattore è saturato dagli item d29, d28, d27, d30, d26 i quali si riferiscono alle agevolazioni logistiche ed economiche e al rapporto di conoscenza e di attenzione mostrata dal personale sanitario, percepiti come benefici importanti associati al servizio. Il secondo fattore riconducibile più ad una valutazione di qualità derivante da conoscenze o esperienze passate, è saturato dagli item d24, d23 e d25.

A tal proposito, sullo base dello scree-test di Cattell (1966), che suggerisce l'opportunità di considerare un unico fattore, e dell'elevata quota di varianza totale spiegata dal primo fattore pari al 42.99%, si è ritenuto ragionevole adottare una soluzione ad un fattore.

La coerenza interna e la fedeltà della scala, valutate mediante il calcolo delle correlazioni item-totale e del coefficiente α di Cronbach pari a .78, superiore alla soglia di accettabilità di .70 proposta da Nunnally (1978), risultano soddisfacenti (Tabella 8).

Tabella 8. Analisi della coerenza interna della scala valore percepito.

		M	d.s.	Correlazione Item-totale corretta	α in assenza dell'item
d26	Mi è comodo raggiungere la struttura sanitaria	3.87	1.52	.46	.77
d27	La struttura offre delle agevolazioni e/o dei costi contenuti	3.97	1.51	.59	.72
d28	Lo staff sanitario si dimostra molto umano, attento e sensibile alle mie esigenze/ preoccupazioni	4.22	1.42	.43	.71
d29	In quella struttura sanitaria “mi conoscono da una vita”	3.47	1.57	.38	.72
d30	Sono stato rassicurato sul mio stato di salute	4.23	1.37	.27	.76
$\alpha = .78$					

4. I RISULTATI

4.1. Le analisi descrittive

Valutate le caratteristiche psicometriche delle scale utilizzate si sono eseguite le analisi descrittive. Le analisi hanno coinvolto il primo sub-campione.

Si riportano, di seguito, i risultati descrittivi in termini di media e deviazione standard delle scale e degli indicatori presenti nel questionario.

Tabella 9. Statistiche descrittive delle scale e degli indicatori.

	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
Aspettativa (tempo massimo ragionevole d'attesa) *	2.82	.81
Percezione (tempo d'attesa esperito) *	3.81	1.01
Discrepanza (Aspettativa-Percezione performance)**	-.99	1.08
Valore percepito	3.95	1.08
Attribuzione all'utente	4.10	.96
Attribuzione agli operatori sanitari	3.60	1.01
Attribuzione al sistema sanitario	3.74	.95
Reazioni emotive all'attesa***	2.44	.72
Soddisfazione per i tempi di attesa****	4.75	1.68

* scala da 1=nessuna attesa a 6= dai 5 mesi ad 1 anno. Le altre scale da 1=per niente d'accordo a 6= molto d'accordo.

** valore calcolato come differenza aritmetica tra Aspettativa e Percezione

*** scala da 1=per nulla a 4= molto. Le altre scale da 1=per niente d'accordo a 6= molto d'accordo.

****1 indicatore da 1= bassa soddisfazione a 10= alta soddisfazione

In generale, i soggetti intervistati ritengono che un tempo d'attesa ragionevole per le prestazioni/visite specialistiche ambulatoriali debba essere compreso tra i 10 e i 30 giorni (M= 2.82, DS= .81); al contrario, nella loro esperienza i soggetti dichiarano di aver dovuto attendere in media tra i 30 e i 60 giorni (M= 3.81, DS= 1.01) evidenziando un processo di smentita delle proprie aspettative.

Il *punteggio della smentita* delle aspettative o discrepanza aspettative-percezioni, calcolato indirettamente, sottraendo alle aspettative i punteggi relativi alle percezioni del tempo atteso, presenta un valore medio negativo di M= -.99 con DS= 1.08. I soggetti intervistati ritengono che il tempo d'attesa per ottenere una visita specialistica, subito

nella loro esperienza sia superiore rispetto ad un tempo d'attesa considerato ragionevole, che a parere degli utenti si colloca fra i 10 e i 30 giorni.

Si nota, inoltre, una differenza significativa ($p < .001$) tra tempo di attesa ritenuto ragionevole (aspettative, da 10 a 30 giorni) e tempo esperito (percezione della performance, da 30 a 60 giorni).

Durante tale attesa i soggetti dichiarano di aver provato una serie di *emozioni negative* ($M = 2.44$, $DS = .72$ su una scala da 1 a 4).

Seppur i soggetti ritengano che l'attesa, in generale, non abbia loro comportato effettivamente alcun problema se non in termini di rabbia provata nel dover aspettare per una visita medica, scendendo nel dettaglio si nota come essi abbiano comunque esperito durante l'attesa emozioni e sensazioni negative di ansia, di ostacolo al miglioramento delle proprie condizioni di salute e di timore di aggravamento del proprio stato di salute con valutazioni comprese tra il poco e l'abbastanza. Nella Tabella 10 sono riportati i valori medi e di deviazione standard per ciascun item della scala di reazioni emotive.

Tabella 10. Statistiche descrittive della scala reazioni emotive.

	Media	Deviazione standard
d61 Dover aspettare per una visita medica mi ha fatto provare rabbia	2.73	.98
d64 L'attesa non mi ha recato alcun problema	2.71	.96
d62 Ho avuto la sensazione che il tempo d'attesa potesse ostacolare un più rapido miglioramento delle mie condizioni di salute	2.47	.99
d63 Durante l'attesa ho vissuto in uno stato d'ansia	2.46	1.02
d60 Durante il periodo di attesa, ho temuto che il mio stato di salute potesse aggravarsi	2.38	.94
d66 L'attesa è stata emotivamente stressante per i miei familiari	2.32	.98
d65 L'ansia procuratami dal tempo di attesa mi ha ostacolato nello svolgimento delle attività abituali	2.02	.89

Nonostante ciò gli utenti si dicono “leggermente” disponibili ad attendere più a lungo in presenza di alcuni benefici associati al servizio, ovvero quando il *valore percepito* del servizio per cui si attende risulta importante per la propria persona.

I soggetti intervistati associano al servizio un maggior valore (giudizi compresi tra “leggermente” e “abbastanza d'accordo”) quando la persona è stata rassicurata sul proprio stato di salute e lo staff sanitario si è dimostrato umano, attento e sensibile alle sue esigenze/preoccupazioni.

Per cui, gli aspetti legati all'umanizzazione del rapporto medico-paziente e alla comunicazione medico-paziente/utente anche in termini di assicurazione sullo stato di salute attuale, risultano influenzare il valore percepito associato al servizio e la conseguente disponibilità temporale e mentale della persona ad "aspettare" in misura maggiore rispetto alla consuetudine/abitudine di rivolgersi sempre alla stessa struttura sanitaria, alla comodità di raggiungere la struttura stessa, e anche alla presenza di agevolazioni e/o costi contenuti. Per i punteggi descrittivi della scala di valor percepito si veda la Tabella 11.

Tabella 11. Statistiche descrittive della scala valore percepito.

	Media	Deviazione Standard
d26 Sono stato rassicurato sul mio stato di salute	4.23	1.37
d28 Lo staff sanitario si dimostra molto umano, attento e sensibile alle mie esigenze/ preoccupazioni	4.22	1.42
d27 La struttura offre delle agevolazioni e/o dei costi contenuti	3.97	1.51
d30 Mi è comodo raggiungere la struttura sanitaria	3.87	1.52
d29 In quella struttura sanitaria "mi conoscono da una vita"	3.47	1.57

Relativamente alle *attribuzioni di responsabilità* del fenomeno liste e tempi di attesa, i dati evidenziano (vedi Tabella 9) un valore leggermente più alto di attribuzione di responsabilità al comportamento del singolo utente/paziente (M locus interno = 4.10, $DS = .96$) e, a seguire, a fattori esterni quali le caratteristiche del sistema sanitario (M locus esterno-sistema = 3.74, $DS = .95$) e gli operatori sanitari (M locus esterno-operatori = 3.60, $DS = 1.01$).

In particolare, i fattori riconducibili al locus interno (vedi Tabella 12) che secondo i soggetti intervistati contribuiscono all'allungamento delle liste e dei tempi d'attesa concernono la mancata disdetta degli appuntamenti da parte dell'utente, con la conseguente impossibilità di subentrare nei posti vacanti, le preferenze personali per alcuni medici, e la richiesta elevata di prestazioni non appropriate e inutili dovuta anche ad una diffusa ed eccessiva preoccupazione per la propria salute da parte di alcune persone e alla tendenza a richiedere prestazioni multiple e contemporaneamente in più sedi con la conseguenza di sovraccaricare la capacità di risposta del sistema sanitario. Il rapporto di fiducia instauratosi tra utente e struttura sanitaria e la scarsa disponibilità a

rivolgersi a strutture diverse da quella abituale sono, invece, ritenuti come fattori meno responsabili del fenomeno liste e tempi d'attesa elevati.

Tabella 12. Statistiche descrittive della sub-scala utente – locus interno.

	Media	Deviazione standard
d40 Mancata disdetta degli appuntamenti cui consegue l'impossibilità di subentrare ai posti vacanti	4.49	1.43
d36 Preferenze personali per alcuni medici	4.17	1.35
d32 Richiesta elevata da parte dei cittadini di prestazioni non appropriate e inutili	4.08	1.52
d31 Eccessiva preoccupazione per la propria salute da parte di alcuni individui, che li spinge a richiedere frequenti prestazioni sanitarie	4.04	1.54
d34 Richieste multiple e/o contemporanee in più sedi di esami specialistici e/o prestazioni sanitarie	4.04	1.41
d37 Instaurazione di un legame di fiducia tra utente e struttura sanitaria	3.99	1.36
d35 Scarsa disponibilità a rivolgersi ad altre strutture ospedaliere diverse da quella abituale	3.88	1.36

Relativamente al locus esterno-sistema sanitario (vedi Tabella 13), i soggetti si dicono leggermente d'accordo nel ritenere le cause dei tempi di attesa legate in particolare alla scarsa o insufficiente informazione/comunicazione di possibili modalità di prenotazioni alternative, alla mancata applicazione di normative riguardo la suddivisione in classi di priorità delle prestazioni sanitarie e alla non equa distribuzione delle risorse sul territorio.

Tabella 13. Statistiche descrittive della sub-scala sistema sanitario – locus esterno.

	Media	Deviazione standard
d55 Scarsa o insufficiente informazione/ comunicazione di possibili modalità di prenotazione alternative	4.19	1.32
d54 Mancata applicazione di normative riguardo alla suddivisione in classi di priorità delle prestazioni sanitarie	3.90	1.40
d51 Non equa distribuzione delle risorse sul territorio	3.84	1.37
d49 Assenza di normative riguardo alla suddivisione in classi di priorità delle prestazioni sanitarie	3.74	1.46
d50 Utilizzo del personale medico per attività diverse da quelle ambulatoriali (ricoveri, guardie, ...)	3.70	1.32
d48 Carenza di personale paramedico	3.69	1.49
d47 Carenza di personale medico	3.61	1.49
d52 Impossibilità di identificare casi urgenti dovuta alla specificità e alla complessità dei quadri clinici	3.51	1.33
d53 Carenza di attrezzature e macchinari a disposizione	3.50	1.40

I soggetti risultano, invece, meno d'accordo nell'attribuire la responsabilità del fenomeno liste d'attesa alla difficoltà di identificare i casi realmente urgenti richiedenti una prestazione tempestiva e alla carenza di attrezzature e macchinari a disposizione.

In merito alla scala di attribuzione al locus esterno-operatori sanitari si evidenzia un punteggio medio complessivo più basso rispetto alle precedenti scale ($M = 3.60$, $DS = 1.01$), sottolineando come i soggetti attribuiscono una bassa responsabilità del fenomeno liste e tempi d'attesa al comportamento e alle procedure utilizzate dal personale medico-sanitario.

In particolare (vedi Tabella 14), ad esclusione dell'uso improprio delle richieste urgenti ovvero della tendenza del medico prescrittore a "subire" le pressioni esercitate dal paziente allo scopo di ottenere un'assegnazione di priorità inappropriata al reale bisogno e della supposta gestione inadeguata delle liste da parte degli operatori, i soggetti mostrano valutazioni di accordo intermedie, comprese tra il leggermente in disaccordo e il leggermente d'accordo, rispetto al fatto che la limitata competenza e professionalità degli operatori sanitari prescrittivi, la poca dedizione e impegno nel proprio lavoro, la conflittualità tra le diverse figure professionali e il sottoutilizzo delle tecnologie sanitarie siano fattori in grado di determinare liste e tempi d'attesa più lunghi.

Tabella 14. Statistiche descrittive della sub-scala operatori sanitari – locus esterno.

		Media	Deviazione standard
d38	Uso improprio delle richieste urgenti	3.90	1.49
d39	Inadeguata gestione delle liste da parte degli operatori sanitari	3.87	1.35
d44	Sottoutilizzo o uso improprio delle tecnologie sanitarie	3.53	1.45
d43	Facilità di prescrizioni/indicazioni improprie da parte del medico prescrittore	3.50	1.40
d45	Conflittualità e confusione nelle prescrizioni cliniche fra le varie figure professionali	3.48	1.45
d46	Poca dedizione e impegno nel proprio lavoro da parte degli operatori sanitari	3.47	1.43
d33	Limitata competenza e professionalità degli operatori sanitari prescrittivi	3.45	1.45

Infine per la *soddisfazione* specifica per i tempi d'attesa, misurata su una scala da 1 a 10, si nota una valutazione alquanto bassa al di sotto del 5 e più precisamente pari a

4.75 con deviazione standard di 1.68. Gli utenti, quindi, si dichiarano alquanto insoddisfatti relativamente alla loro esperienza di attesa per una prestazione sanitaria.

4.2. Verifica di un modello di soddisfazione per i tempi di attesa

Il passo successivo consiste nel valutare il ruolo delle variabili "smentita delle aspettative", "emozioni associate all'attesa", "valore percepito" e "attribuzioni di responsabilità" – all'utente, agli operatori sanitari, al sistema sanitario – sulla soddisfazione per i tempi d'attesa espressa dagli utenti, alla luce dei modelli e dei risultati presenti nella letteratura di riferimento.

Complessivamente si ipotizza che la soddisfazione venga influenzata direttamente dal punteggio di smentita/gap aspettative-percezioni, dalle attribuzioni di responsabilità, dal valore percepito e dalle emozioni; che il valore percepito e i 3 loci di attribuzione di responsabilità interagiscano con il gap percepito moderandone la relazione, diretta e indiretta, con la soddisfazione; che le emozioni associate all'attesa medino la relazione tra le attribuzioni di responsabilità, il valore percepito, il gap e la soddisfazione per i tempi d'attesa. Di seguito le ipotesi vengono presentate in maniera dettagliata.

4.2.1. Le ipotesi alla base del modello

Coerentemente al paradigma della smentita delle aspettative (Oliver, 1980; Tse & Wilton, 1988) si assume che l'utente utilizzi le aspettative, in termini di tempo d'attesa accettabile, come criterio di confronto per la percezione della performance del servizio (il tempo realmente atteso). Una smentita negativa del tempo d'attesa accettabile, che si realizza quando l'utente ritiene di aver dovuto aspettare più del tempo ritenuto accettabile per una prestazione sanitaria, determina una valutazione di insoddisfazione. La soddisfazione dipende, quindi, dall'ampiezza e dalla direzione del processo di smentita definito come la differenza tra le aspettative e la performance così come percepita dall'utente (Anderson, 1973; Oliver, 1980; Oliver & DeSarbo, 1988).

Per cui si ipotizza che il *valore di discrepanza aspettative-percezioni influenza direttamente la soddisfazione*.

Tenendo presente che il processo di attribuzione nell'ambito dei servizi interviene in seguito o in concomitanza con il verificarsi di un evento inatteso che

contraddice le aspettative (Weiner, 2000), si ritiene che l'utente in presenza di un gap aspettative-percezioni si chieda "di chi o cosa" è la colpa (locus causale). Gli studi in tale contesto mostrano come ad un'attribuzione interna (locus interno, utente) corrisponda un giudizio di soddisfazione, mentre ad un'attribuzione esterna (locus esterno, erogatori e sistema sanitario) una valutazione di insoddisfazione (Bitner, 1990; Casado Díaz & Mas Ruíz, 2008; Taylor, 1994). Per cui si ipotizza che *i 3 loci di attribuzioni di responsabilità influenzano direttamente la soddisfazione.*

Inoltre, in linea con i risultati di Tsiros, Mittal e Ross (2004) si ipotizza che *i 3 loci di attribuzioni di responsabilità interagiscono con il gap percepito moderandone la relazione con la soddisfazione.* Se nel loro studio, gli Autori considerano un'unica dimensione di responsabilità alta vs bassa, risulta interessante valutarne gli effetti a seconda del locus della causalità.

Nonostante il valore percepito sia un costrutto poco indagato a livello empirico, basandoci sui risultati di McDougall e Levesque (2000) e di Oh (1999) si ipotizza che *il valore percepito influenza direttamente la soddisfazione* dell'utente. Oltre ad un'influenza diretta sulla soddisfazione, si può ragionevolmente supporre che associare al servizio una serie di benefici e di vantaggi importanti (aspetti relazionali e/o logistici) possa indurre l'utente a "sacrificare" parte del proprio tempo rendendosi disponibile ad attendere un po' di più e a mostrarsi soddisfatto anche in presenza di un tempo d'attesa superiore alle proprie aspettative. In tal senso si ipotizza che *il valore percepito associato al servizio interagisce con la discrepanza aspettative-percezioni moderandone la relazione con la soddisfazione.*

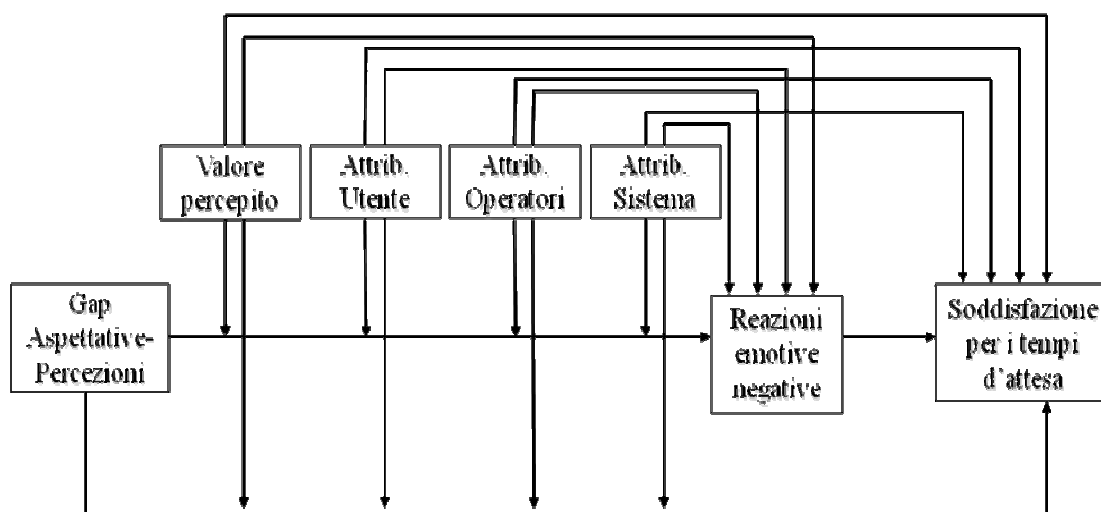
La risposta affettiva all'attesa in termini di emozioni percepite durante la stessa si è dimostrata un importante antecedente della soddisfazione dell'utente (Hui & Tse, 1996; Pruyn & Smidts, 1998). Inoltre, recenti studi hanno sottolineato come le emozioni rivestano un importante ruolo di mediazione tra le attribuzioni di responsabilità (Casado-Díaz & Màs Ruíz, 2002), la discrepanza aspettativa-percezione (Pruyn & Smidts, 1998) e la soddisfazione dell'utente. Si suppone intuitivamente una medesima azione di mediazione tra il valore percepito e la soddisfazione. Pertanto si ipotizza che *le reazioni emotive negative associate all'attesa ricoprono un ruolo di mediazione tra le attribuzioni di responsabilità, il valore percepito, il gap aspettative-percezioni e la soddisfazione per i tempi d'attesa.*

Relativamente alle attribuzioni di responsabilità e al valore percepito, si ipotizza un ulteriore effetto di moderazione sulla relazione indiretta tra gap aspettative-percezioni e soddisfazione ovvero mediata dalle reazioni emotive.

Infine, si ipotizza che *le attribuzioni di responsabilità e il valore percepito interagiscono con il gap aspettative-percezioni moderandone la relazione, mediata dalle emozioni, sulla soddisfazione.*

Nella figura 1 vengono rappresentati graficamente gli effetti diretti, indiretti, e di moderazione ipotizzati dal modello.

Figura 1. Soddisfazione per i tempi di attesa: il modello ipotizzato.



4.2.2. I risultati

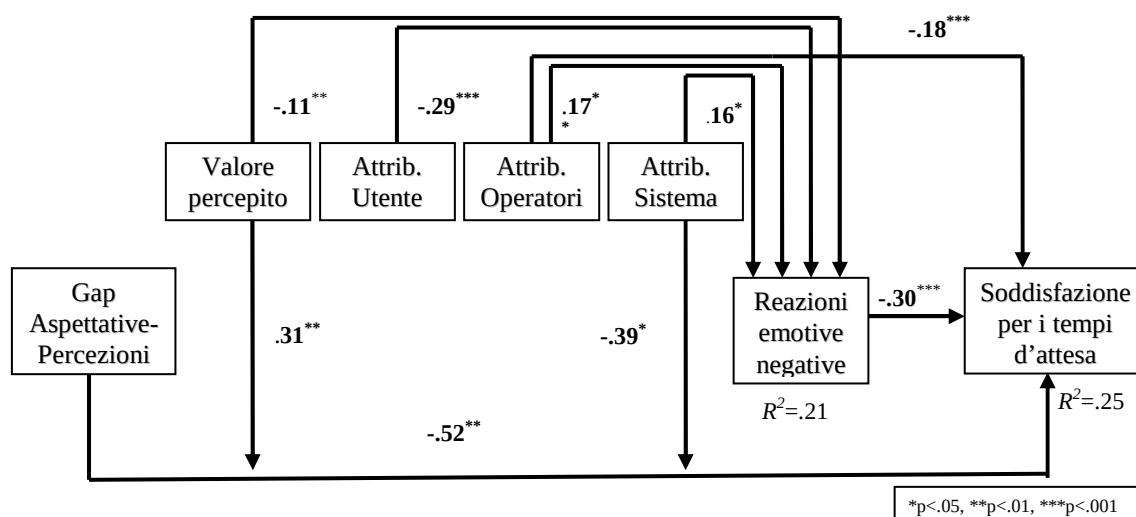
Allo scopo di testare le ipotesi sugli effetti diretti e indiretti delle variabili cognitive ed affettive sulla soddisfazione, si è proceduto alla stima di un modello di equazioni strutturali per variabili osservate.

Le analisi condotte con il software AMOS (Arbuckle, 2003) sono state eseguite sul secondo sub-campione costituito da 982 soggetti.

Il modello saturo presenta 2 variabili endogene e 11 esogene.

Nella Figura 2 si riporta graficamente il modello stimato.

Figura2. Soddisfazione per i tempi di attesa: il modello stimato.



La smentita delle aspettative ovvero il gap percepito tra aspettative percezioni risulta avere un'influenza forte, significativa e negativa sulla soddisfazione per i tempi di attesa ($\gamma = -.52$, $p < .01$), per cui ad un'elevata discrepanza tra le due, farà seguito un giudizio di insoddisfazione confermando l'ampia letteratura in merito (Oliver, 1980; Oliver & DeSarbo, 1988). Relativamente alle attribuzioni di responsabilità, solo l'attribuzione a cause esterne riconducibili agli operatori sanitari presenta un effetto diretto sulla soddisfazione, riducendola ($\gamma = -.18$, $p < .001$) confermando l'ipotesi secondo cui ad un'attribuzione di responsabilità a cause esterne e non controllabili seguirà una valutazione di insoddisfazione da parte dell'utente. Le ipotesi relative ad un effetto diretto delle attribuzioni all'utente-locus interno ($\gamma = .03$, ns) e delle attribuzioni al sistema sanitario-locus esterno ($\gamma = .08$, ns) sulla soddisfazione non vengono supportate.

L'attribuzione di causa esterna al sistema sanitario, pur non influenzando direttamente la soddisfazione, funge da moderatore tra il gap percepito e la soddisfazione ($\gamma = -.39$, $p < .05$). Trovarsi in presenza di una discrepanza tra aspettative e percezione e attribuirne la causa alle caratteristiche del servizio sanitario influenza in negativo la soddisfazione dell'utente. Non viene riscontrato nessun effetto di moderazione sulla relazione diretta tra gap e soddisfazione, ad opera delle attribuzioni di

responsabilità all'utente ($\gamma = .21, ns$) e agli operatori sanitari ($\gamma = .22, ns$).

In relazione al valore percepito del servizio, si nota un effetto buffering dello stesso sulla relazione tra gap e soddisfazione; il valore percepito, infatti, pur non influenzando direttamente il giudizio di soddisfazione ($\gamma = .03, ns$), agisce da “cuscinetto” nel contenere e nel moderare gli effetti negativi del gap sulla soddisfazione dei tempi di attesa da parte dell'utente. Quando l'attesa è associata ad elevati vantaggi (benefici economici, relazionali, logistici), la combinazione addirittura migliora la soddisfazione ($\gamma = .31, p < .01$). Per il valore percepito viene confermata l'ipotesi di moderazione sulla relazione diretta gap-soddisfazione ma non viene verificata la sua influenza diretta sulla soddisfazione, come proposto dalla letteratura.

Si nota come tutte le attribuzioni di causa, nonché il valore percepito associato al servizio influenzino le reazioni emotive negative dell'attesa. Nello specifico, attribuire la responsabilità del fenomeno liste di attesa a fattori esterni, ovvero agli operatori sanitari e al sistema sanitario nel suo complesso si riflettono in un'esperienza dell'attesa da parte del soggetto connotata da emozioni negative. Le attribuzioni di responsabilità al sistema sanitario e agli operatori sanitari (entrambi locus causale esterno) incrementano la percezione di emozioni negative da parte dell'utente (rispettivamente $\gamma = .16, p < .05$; $\gamma = .17, p < .01$). Viceversa, un'attribuzione di tipo interno al comportamento dell'utente dei servizi sanitari e una più alta percezione di valore associato al servizio che si riceve, hanno un effetto di contenimento ovvero di riduzione delle emozioni negative esperite durante l'attesa (rispettivamente $\gamma = -.29, p < .001$; $\gamma = -.11, p < .05$).

Le 4 variabili spiegano una buona quota di varianza delle reazioni emotive ($R^2 = .21$). Non viene confermata la relazione tra il gap aspettative-percezioni e la componente emotiva ($\gamma = .03, ns$).

Si nota come le reazioni emotive negative vissute durante l'attesa per una prestazione sanitaria inibiscano direttamente la soddisfazione dell'utente relativamente alle liste e ai tempi di attesa ($\beta = -.30, p < .001$). I risultati confermano, ad eccezione della discrepanza aspettative-percezioni, l'ipotesi di mediazione delle reazioni emotive tra le attribuzioni di responsabilità, il valore percepito e la soddisfazione per i tempi d'attesa. Ad esclusione per l'attribuzione all'utente in cui si verifica una mediazione totale, gli effetti di mediazione sono parziali.

Le ipotesi di mediazione sono state ulteriormente confermate mediante l'utilizzo del Sobel Test (Sobel, 1982), una procedura semplice e diretta per testare un effetto indiretto. Tutte le mediazioni evidenziate dal modello risultano significative per il Sobel Test. Nello specifico l'effetto di mediazione delle emozioni tra valore percepito e soddisfazione per i tempi d'attesa ($z = 2.876$ $p < .01$), tra attribuzione di responsabilità all'utente e soddisfazione ($z = 3.506$ $p < .001$), tra attribuzione al sistema sanitario e soddisfazione ($z = -2.489$ $p < .05$) e tra attribuzione agli operatori sanitari e soddisfazione ($z = -2.756$ $p < .01$) risulta confermato.

Infine, in merito alle ipotesi relative agli effetti di moderazione da parte delle attribuzioni di responsabilità e del valore percepito sulla relazione indiretta, ovvero mediata dall'emozione, del gap sulla soddisfazione, esse non sono state confermate, così come non è stata confermata la stessa relazione indiretta del gap sulla soddisfazione.

Nel complesso, le variabili inserite nel modello spiegano il 25% della varianza totale della soddisfazione per i tempi d'attesa.

In Tabella 15 sono riportati gli effetti diretti, indiretti e totali standardizzati relativi al modello stimato.

Tabella 15. Effetti diretti, indiretti e totali standardizzati.

DA		A	Effetti diretti	Effetti indiretti	Effetti totali
Gap aspettative/ percezione	→	Reazioni emotive negative	.026	---	.026
	→	Soddisfazione tempi d'attesa	-.517*	-.008	-.525
Attribuzione - utente	→	Reazioni emotive negative	-.294*	---	-.294
	→	Soddisfazione tempi d'attesa	.062	.088*	.123
Attribuzione - operatori	→	Reazioni emotive negative	.169*	---	.169
	→	Soddisfazione tempi d'attesa	-.184*	-.051*	-.234
Attribuzione - sistema	→	Reazioni emotive negative	.123*	---	.159
	→	Soddisfazione tempi d'attesa	.159	-.048*	.037
Valore percepito	→	Reazioni emotive negative	-.105*	---	-.105
	→	Soddisfazione tempi d'attesa	.030	.032*	.062

Gap*AttribUtente	→ Reazioni emotive negative	-.081	---	-.081
	→ Soddisfazione tempi d'attesa	.233	.024	.233
Gap*AttribOperatori	→ Reazioni emotive negative	.247	---	.247
	→ Soddisfazione tempi d'attesa	.220	-.051	.146
Gap*AttribSistema	→ Reazioni emotive negative	-.048	---	-.048
	→ Soddisfazione tempi d'attesa	-.391*	.014	-.376
Gap*ValorePercepito	→ Reazioni emotive negative	-.015	---	-.015
	→ Soddisfazione tempi d'attesa	.307*	.005	.312
Reazioni emotive negative	→ Soddisfazione tempi d'attesa	-.300*	----	-.300

* p< .05

5. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Questa fase della ricerca, rivolta agli utenti dei servizi sanitari, ha consentito di migliorare la comprensione dei fenomeni e delle variabili sottostanti alla valutazione di soddisfazione per il tempo d'attesa.

Complessivamente i risultati descrittivi, effettuati successivamente all'analisi delle proprietà psicometriche dello strumento, mostrano, da parte degli utenti, una significativa smentita delle proprie aspettative rispetto a quello che si ritiene essere un tempo d'attesa ragionevole (che si colloca fra i 10 e i 30 giorni), smentita che spesso viene vissuta negativamente a livello emotivo, sperimentando ansia, timori di peggioramento per la propria salute e anche rabbia. Nell'intento di spiegare in termini di responsabilità il fenomeno delle liste e dei tempi d'attesa, viene riconosciuto dagli utenti un ruolo importante esercitato dal comportamento degli utenti stessi (locus interno) in termini di mancata disdetta e di eccessiva preoccupazione, aggiungendo anche le preferenze personali verso certi medici e/o strutture e, a seguire, dalle caratteristiche del sistema sanitario e dalle attività svolte dagli altri operatori sanitari. Gli utenti si dicono altresì "leggermente" disponibili ad attendere più a lungo quando al servizio viene associata una serie di valori/benefici aggiunti ritenuti importanti dagli stessi, quali

l'essere stati assicurati sul proprio stato di salute e le qualità relazionali e di sensibilità dello staff sanitario. Tuttavia, la soddisfazione specifica sui tempi d'attesa su una scala da 1 a 10 risulta alquanto bassa, situandosi intorno ad un valore di 5. Considerato tale valore tendente all'insoddisfazione, assume particolare interesse la valutazione delle relazioni emerse dal modello di equazioni strutturali per variabili osservate, che ha permesso di considerare il ruolo di diverse variabili nell'influenzare la soddisfazione per i tempi d'attesa. Dal momento che spesso l'utente non ha le capacità e le conoscenze per valutare in maniera congrua le componenti tecniche del servizio che riceve, la corretta applicazione della normativa sui criteri di priorità, l'appropriatezza del tempo d'attesa in relazione al suo bisogno di cure, si ritiene che acquisteranno maggiore salienza le dimensioni legate alle emozioni, alle aspettative, alla percezione di benefici, alle spiegazioni del fenomeno in termini di locus causale.

Relativamente al modello stimato, la soddisfazione per i tempi di attesa risulta inibita dalla percezione di una discrepanza tra le aspettative e la percezione della performance, dalle reazioni emotive associate all'attesa e dall'attribuzione di causa agli operatori sanitari - locus esterno. L'utente le cui aspettative di tempo d'attesa ragionevole sono state smentite dal dover aspettare più a lungo esprimerà una maggiore insoddisfazione, confermando peraltro i risultati di diverse ricerche basate sul disconfirmation model (Anderson, 1973; Oliver, 1980; Oliver & DeSarbo, 1988).

Un'attribuzione di responsabilità incentrata sugli operatori sanitari (locus esterno), ovvero sul ritenere il tempo d'attesa determinato dalla tendenza del medico a non utilizzare correttamente i codici di priorità e su una più ampia incapacità nel gestire le liste in maniera adeguata, nonché sull'associare all'attesa emozioni negative in termini di ansia, stress per i familiari, timore di peggioramento dello stato di salute, si rifletterà in una valutazione di maggiore insoddisfazione. Questi risultati confermano le ipotesi del modello proposto sottolineando il ruolo di tali variabili anche relativamente alla soddisfazione per il tempo d'attesa: l'utente esprime una maggiore insoddisfazione quanto più le sue aspettative in termini temporali vengono smentite dalla performance del servizio sanitario (ovvero dal tempo realmente atteso nella sua specifica esperienza), quanto più le cause di tale tempo d'attesa vengono ricondotte agli operatori del servizio sanitario e quanto più la sua attesa risulta connotata da emozioni negative.

Di notevole interesse è l'interazione rilevata tra il gap aspettative-percezioni e il valore percepito del servizio: quest'ultimo, infatti, pur non influenzando direttamente il giudizio di soddisfazione agisce da "cuscinetto" nel contenere e nel moderare gli effetti negativi del gap sulla soddisfazione dei tempi di attesa da parte dell'utente (effetto buffering). Di conseguenza, in presenza di un dato scostamento percepito tra aspettative e percezioni, l'utente che si dichiara disponibile ad attendere più a lungo in virtù di una serie di vantaggi percepiti e di valori associati al servizio (benefici economici, relazionali, logistici) risulterà essere anche più soddisfatto.

Il valore percepito risulta sempre in grado di ridurre le emozioni negative associate all'attesa influenzando positivamente la conseguente soddisfazione: l'utente che ritiene di star aspettando anche più del dovuto ma che è consapevole di ricevere in cambio un servizio di valore, probabilmente non assocerà all'attesa un vissuto affettivo negativo e, vivendola più serenamente risulterà anche soddisfatto.

Pur non mostrando un effetto diretto sulla soddisfazione, come evidenziato in altre ricerche (McDougall & Levesque, 2000; Oh, 1999), il valore percepito del servizio si pone comunque alla nostra attenzione come variabile da approfondire anche in vista di strategie volte a migliorare la soddisfazione degli utenti agendo sulla loro valutazione di costi vs benefici.

Un'altra variabile di notevole interesse concerne l'attribuzione di responsabilità in termini di locus interno (utente) vs locus esterno (esterno-operatori ed esterno-sistema sanitario).

Tutti e tre i loci influenzano le reazioni emotive dell'attesa e, indirettamente, la soddisfazione. Nello specifico, attribuire il locus causale del fenomeno liste di attesa a fattori esterni, ovvero agli operatori sanitari (ridotta competenza, facilità nella prescrizione, scarso impegno) e al sistema sanitario nel suo complesso (carenza di personale medico e paramedico, carenza di macchinari), si riflette in un'esperienza dell'attesa da parte del soggetto connotata da emozioni negative quali l'ansia, la preoccupazione per il peggioramento dei sintomi e la rabbia e conseguentemente in un giudizio di insoddisfazione. Viceversa, un'attribuzione di tipo interno relativa al comportamento dell'utente dei servizi sanitari (mancata disdetta, eccessiva preoccupazione) comporta una riduzione del livello affettivo negativo esperito durante l'attesa e la conseguente soddisfazione. I risultati confermano le ricerche presenti in

letteratura, secondo cui gli utenti sono più soddisfatti quando il loro locus causale è interno rispetto a quando è esterno (Oliver & Desarbo, 1988; Richins, 1993; Taylor, 1994). Si auspica, in tale prospettiva, che venga dato impulso all'approfondimento dell'incidenza del ruolo delle attribuzioni nell'ambito della psicologia del marketing e del consumatore, così come proposto da Weiner in un suo articolo (2000).

Sia le attribuzioni di causa sia il valore percepito agiscono indirettamente sulla soddisfazione per i tempi d'attesa, agendo attraverso le reazioni emotive associate all'attesa le quali svolgono una funzione di mediatori sia totale sia parziale. Stress, ansia, rabbia e frustrazione sono stati identificati come conseguenze dell'attesa in molti studi (Pruyn & Smidts, 1998; Oudhoff *et al.*, 2004; Weiner, 2000; Taylor, 1994) e il loro ruolo di mediazione tra variabili cognitive e soddisfazione viene testimoniato dai risultati ottenuti nel presente lavoro. Si sottolinea a tal proposito l'importanza, in una rilevazione di customer satisfaction, di considerare unitamente alla componente cognitiva "tradizionale", anche una di tipo affettiva allo scopo di una migliore comprensione dei processi di formazione sottostanti la valutazione di soddisfazione (Barsky & Nash, 2002; Mattila, 2001; Yu & Dean, 2001).

Complessivamente, questo studio, pur presentando alcune limitazioni legate in particolare all'utilizzo di scale di nuova formulazione e necessitanti di ulteriori affinamenti nonché di analisi confermatrice, contribuisce ad individuare quelle che possono essere alcune delle variabili maggiormente coinvolte nel processo di soddisfazione relativamente al servizio sanitario quale quello del tempo d'attesa per ricevere una prestazione sanitaria.

La comprensione dell'ampiezza e della direzione della relazione di tali variabili cognitive e affettive sulla soddisfazione consentirà altresì di delineare possibili strategie correttive e migliorative che le strutture e gli operatori sanitari potranno implementare al fine di migliorare il proprio rapporto con l'utente in una più ampia prospettiva di soddisfazione e qualità del servizio sanitario.

Ulteriori limiti concernono il numero e il tipo delle variabili che si è scelto di considerare nel modello; è auspicabile in ricerche future includere ulteriori variabili che possono determinare o moderare la soddisfazione per il tempo d'attesa, tra cui il rapporto con il medico, le condizioni di salute percepite precedenti alla visita con il medico nonché la frequenza dell'esperienza dell'attesa con lo specifico servizio

sanitario richiesto. In tal senso potrebbe risultare interessante considerare anche le caratteristiche socio-demografiche degli utenti, identificando segmenti accomunati da particolari elementi distintivi; come affermato da Mazursky e Ganzach (1998), la tolleranza all'attesa varia tra gli individui e all'interno dello stesso individuo, con implicazioni sulla valutazione di soddisfazione.

CAPITOLO 5

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'attesa per ricevere un servizio, rappresentando tipicamente il primo contatto diretto tra utente e organizzazione riveste, in generale, un ruolo importante nel determinare la soddisfazione dell'utente nonché le successive valutazioni di qualità del servizio e le intenzioni comportamentali di rivolgersi nuovamente alla stessa e di consigliarla/sconsigliarla ad altri, con importanti ripercussioni sulle organizzazioni in termini economici e sociali. Questa maggiore enfasi posta sulla puntualità e rapidità di erogazione del servizio riflette, da una parte la crescente competitività tra le organizzazioni in un'economia sempre più globale, dall'altra la criticità della risorsa tempo per gli individui, soprattutto, nei Paesi più sviluppati e con elevati standard di vita.

Uno dei contesti in cui la tematica dell'attesa assume una connotazione di problematicità e criticità è quello sanitario. Esso evidenzia delle difficoltà a rispondere in maniera adeguata ai bisogni di una domanda di servizi in continuo aumento e connotata da aspettative sempre più elevate; tale situazione può a sua volta produrre conseguenze negative sulla qualità e sulla soddisfazione percepita dai clienti/utenti, ad oggi obiettivi irrinunciabili e particolarmente sentiti nel settore pubblico, di cui il servizio sanitario italiano è un esempio.

Dal momento che la lunghezza delle liste e dei tempi d'attesa viene generalmente considerata dai cittadini la problematica più urgente e primaria del servizio sanitario pubblico (Censis, 2006) è deducibile che essa rappresenti uno degli aspetti maggiormente implicati nel processo di valutazione di soddisfazione da parte dell'utente, la cui comprensione potrà permettere di delineare possibili strategie correttive e migliorative implementabili dalle strutture e dagli operatori sanitari allo scopo di migliorare il proprio rapporto con l'utente in una più ampia prospettiva di soddisfazione del servizio sanitario nonché di tutela e garanzia del diritto alla salute per tutti i cittadini.

I risultati dello studio, cui si è pervenuti sia nella fase qualitativa sia in quella quantitativa consentono, quindi, di contribuire all'analisi e all'approfondimento di un

tema quale quello delle liste e dei tempi d'attesa nel servizio sanitario, ancora poco indagato a livello scientifico, seppur di notevole salienza e rilevanza nelle aspettative dei cittadini e all'ordine del giorno nelle principali agende politiche e sociali come evidenziato da recenti indagini nazionali ed europee (Monitor Biomedico, 2006; Health Consumer Powerhouse, 2007).

Anche se i due momenti di ricerca presentano una metodologia di base differente, metterli a confronto su un piano descrittivo e qualitativo può arricchire le riflessioni conclusive e dare adito a spunti e suggerimenti operativi volti a migliorare la soddisfazione degli utenti specifica per i tempi d'attesa e, in generale per il Servizio Sanitario Nazionale che ad oggi risulta, nell'immaginario collettivo e mass-mediatico, spesso connotato negativamente come poco efficiente, poco vicino al paziente, poco capace di rispondere ai reali bisogni dell'utente nonché poco idoneo a garantire un accesso alle prestazioni in un tempo ragionevole.

I focus group condotti con gli operatori di settore, oltre a fornire spunti utili per la costruzione dello strumento, hanno permesso di osservare il fenomeno dal punto di vista specifico di chi vive quotidianamente il problema dei tempi di attesa e le sue conseguenze. Similmente agli utenti, che evidenziano una significativa discrepanza tra il tempo massimo ritenuto ragionevole e quello realmente esperito per accedere a una visita specialistica, anche gli operatori di settore evidenziano le criticità dei tempi di attesa rispetto alle visite specialistiche ambulatoriali che, a differenza delle visite di controllo o degli screening preventivi, si riferiscono al primo accesso dell'utente il quale non è ancora stato preso in carico dal medico (fase pre-diagnostica). Ed è proprio questa fase, quella in cui il paziente, seppur consapevole di avere un problema di salute, non è a conoscenza della natura e del grado di pericolo per il proprio benessere né di quando e se riuscirà a risolvere i suoi disturbi, ad essere considerata come la più stressante ed ansiosa nel percorso di malattia (Giske & Gjengedal, 2006; Young *et al.* 2000; Saegrov & Halding, 2004; Thorne *et al.* 1999; Vermeulen *et al.*, 2005). Il ruolo rilevante ricoperto dall'ansia dell'utente viene ben evidenziato dagli operatori dei servizi sanitari nell'ambito dei focus group e considerato una delle determinanti più importanti delle liste e dei tempi d'attesa. Diversi sono infatti i riferimenti a comportamenti e abitudini di consumo sanitari dettati più da fattori individuali e sociali che da reali bisogni clinici, giustificabili anche dal maggiore valore attribuito alla salute nella società moderna e

dall'aumento dell'offerta di informazioni sanitarie disponibili, spesso indiscriminata e poco controllata; fattori che possono spingere l'utente ad una eccessiva e ansiosa ricerca di benessere, da una parte, e di negazione dei naturali processi di decadimento fisiologici legati all'invecchiamento, dall'altra, contribuendo alla percezione dell'attesa come ostacolo al raggiungimento dei propri obiettivi e all'affermazione di diritti, alla salute e ancor più al benessere, ampiamente condivisi a livello sociale.

Oltre al comportamento dell'utente, tra i fattori determinanti delle liste e dei conseguenti tempi di attesa, gli operatori riconoscono un ruolo importante anche al contesto sociale soprattutto in termini di invecchiamento della popolazione e modelli culturali di consumo, al sistema sanitario e alla sua organizzazione e, infine, a caratteristiche legate più agli operatori e alla prestazione. Gli utenti non sembrano discostarsi molto dal momento che attribuiscono un ruolo primario al comportamento dell'utente e, a seguire, a fattori riconducibili alle caratteristiche del servizio sanitario e agli operatori sanitari. Scendendo nel dettaglio, si possono evidenziare delle differenze. Relativamente al comportamento dell'utente, gli operatori pongono l'accento sulla mancata disdetta dell'appuntamento, sulle prenotazioni multiple, su comportamenti dettati più dall'ansia che da reali bisogni e che spesso inducono il paziente a fare pressioni sul medico affinché prescriva la prestazione "desiderata"; gli utenti confermano la problematica della mancata disdetta e dell'eccessiva preoccupazione aggiungendo anche le preferenze personali dell'utente verso certi medici e/o strutture. Per quanto riguarda il sistema sanitario, se gli operatori sono compatti nel ritenere la facilità di prescrizione da parte dei medici e la mancanza di risorse le principali cause dei tempi d'attesa, gli utenti spostano il focus sulla scarsa informazione e comunicazione e sulla mancata applicazione di normative riguardo alla suddivisione in classi di priorità delle prestazioni, evidenziando una lacuna informativa e il bisogno di una conoscenza più approfondita sul funzionamento e l'organizzazione del servizio sanitario pubblico.

Infine, rispetto alle determinanti legate agli operatori/erogatori del servizio, se gli operatori sanitari pongono l'accento sulla scarsa comunicazione nonché sulla sfiducia nel rapporto con il paziente, quest'ultimo ritiene più rilevanti, nel determinare una lista d'attesa lunga, una gestione inadeguata sia delle prestazioni urgenti, sia delle liste d'attesa in generale.

Dal momento che spesso l'utente non ha le capacità e le conoscenze per valutare in maniera congrua le competenze tecniche del servizio che riceve, si ritiene che acquisteranno maggiore salienza le dimensioni legate alle emozioni, alle aspettative, alla percezione di benefici, alle spiegazioni del fenomeno in termini di locus causale.

Risulta di notevole interesse, quindi, comprendere il ruolo delle variabili cognitive e affettive nell'influenzare la soddisfazione per i tempi d'attesa, che nelle valutazioni degli utenti non raggiunge la sufficienza, situandosi intorno ad un valore di 5 su una scala da uno a dieci. Tali variabili, alla luce dei modelli e dei risultati presenti nella letteratura di riferimento, concernono la discrepanza aspettative-percezioni, le emozioni associate all'attesa, il valore percepito e le attribuzioni di responsabilità – all'utente, agli operatori sanitari, al sistema sanitario – sulla soddisfazione per i tempi d'attesa espressa dagli utenti.

Complessivamente, la soddisfazione per i tempi di attesa risulta inibita dalla percezione di una discrepanza tra le aspettative e la performance percepita, dalle reazioni emotive associate all'attesa e dall'attribuzione di causa agli operatori sanitari - locus esterno.

Viene confermato il ruolo della discrepanza tra le aspettative dell'utente (tempo massimo ragionevole) e il servizio ricevuto (tempo effettivamente esperito) sulla soddisfazione percepita dall'utente così come proposto nell'approccio della conferma/smentita delle aspettative (Davis & Heineke, 1998; Oliver, 1980; Oliver & DeSarbo, 1988), per cui ad una maggiore discrepanza tra le due variabili seguirà un giudizio di maggiore insoddisfazione. I soggetti intervistati ritengono che il tempo d'attesa per ottenere una visita specialistica, da loro esperito (tra i 30 e i 60 giorni) sia superiore rispetto ad un tempo d'attesa considerato ragionevole, che a parere degli utenti si colloca fra i 10 e i 30 giorni.

Tuttavia, associare al servizio per cui si attende un valore importante può contenere gli effetti negativi della discrepanza sulla soddisfazione, per cui anche in presenza di un tempo d'attesa superiore alle aspettative, l'utente che si dichiara disponibile ad attendere più a lungo in virtù di una serie di vantaggi percepiti e di valori associati al servizio (benefici economici, relazionali, logistici) risulterà essere anche soddisfatto. Sempre il valore percepito associato al servizio mostra un effetto indiretto sulla soddisfazione mediante la riduzione delle emozioni negative associate all'attesa:

l'utente che è disponibile a sopportare un'attesa, non rientrando in un range di accettabilità/ragionevolezza, perché consapevole di ottenere in cambio un servizio di valore per ragioni economiche, logistiche, relazionali, con molta probabilità non assocerà all'attesa un vissuto affettivo negativo e, vivendola più serenamente, risulterà anche più soddisfatto.

Pur non mostrando un effetto diretto sulla soddisfazione, come evidenziato in altre ricerche (McDougall & Levesque, 2000; Oh, 1999), il valore percepito del servizio si pone alla nostra attenzione come variabile da approfondire anche in vista di strategie volte a migliorare la soddisfazione degli utenti agendo sulla loro valutazione di costi vs benefici.

Inoltre, attribuire la responsabilità dell'attesa agli operatori sanitari in termini di ridotte capacità nel gestire le liste e i codici di priorità, di scarso impegno e di inefficienze professionali, e associare all'attesa emozioni negative quali ansia e timori di peggioramento del proprio stato di salute, si ripercuotono negativamente sulla soddisfazione per i tempi d'attesa, confermando le ipotesi alla base del modello proposto. Nello specifico, viene confermata l'ipotesi di una relazione diretta tra attribuzione di responsabilità a cause esterne riconducibili a chi eroga il servizio e valutazione di insoddisfazione (Bitner, 1990; Casado Díaz & Mas Ruiz, 2008; Taylor, 1994), consentendo la sua estensione relativamente alla soddisfazione specifica per i tempi d'attesa in ambito sanitario. Viene confermato altresì il ruolo delle emozioni come antecedenti della soddisfazione (Hui & Tse, 1996; Pruyn & Smidts, 1998); oltre ad un effetto diretto, per cui l'utente più esperisce ansia, rabbia, incertezza, timori di peggioramento, più si dice insoddisfatto, le emozioni associate all'attesa risultano essere un importante mediatore tra la soddisfazione e le variabili cognitive considerate, ad esclusione del valore di discrepanza tra aspettative e percezioni. Si conferma il punto di vista, espresso in ricerche precedenti, secondo cui la soddisfazione dell'utente viene meglio spiegata considerando anche la componente emotiva (Westbrook & Oliver, 1991; Liljander & Strandvik, 1997; Wong, 2004).

Tutti e tre i loci dell'attribuzione di responsabilità, influenzano le reazioni emotive dell'attesa e, indirettamente la soddisfazione. Nello specifico, attribuire la responsabilità del fenomeno liste di attesa a fattori esterni, ovvero agli operatori sanitari e al sistema sanitario nel suo complesso, si riflette in un'esperienza dell'attesa connotata

da emozioni negative quali l'ansia, la preoccupazione per il peggioramento dei sintomi e la rabbia e conseguentemente in un giudizio di insoddisfazione. Viceversa, l'utente sembra giustificare i comportamenti, anche se inappropriati, riconducibili all'utenza in generale dei servizi sanitari e a se stesso, per cui l'attesa che viene attribuita alla mancata disdetta della prenotazione da parte dell'utente, all'eccessiva preoccupazione o alle prenotazioni multiple in più sedi, non risulta connotata da emozioni negative, incrementando di conseguenza la soddisfazione relativa ai tempi d'attesa. I risultati confermano sia la tendenza delle persone ad attribuire l'informazione discrepante inerente il fallimento del servizio a fattori esterni (Weiner, 2000), sia alcune ricerche presenti in letteratura secondo cui gli utenti risultano più insoddisfatti quando il locus causale e di controllo del fallimento viene attribuito a chi eroga il servizio (Casado Díaz & Mas Ruiz, 2008; Taylor, 1994). Relativamente alle attribuzioni di responsabilità, in linea con quanto evidenziato da Tsiros, Mittal e Ross (2004), si riporta l'effetto di moderazione da parte dell'attribuzione di responsabilità, sulla relazione diretta gap aspettative-percezione e soddisfazione; nello specifico, l'utente le cui aspettative di tempo d'attesa ragionevole sono state smentite, e che adduce come spiegazione le caratteristiche del sistema sanitario, dichiarerà una insoddisfazione per il tempo d'attesa subito. Per cui, oltre alla conferma del ruolo di moderatore dell'attribuzione di responsabilità, si evidenziano degli effetti peculiari a seconda del locus della causalità, auspicando ulteriori approfondimenti in ricerche future.

Complessivamente, lo studio contribuisce ad individuare e definire il ruolo di alcune variabili cognitive e affettive, coinvolte nel processo di soddisfazione per i tempi d'attesa sperimentati per fruire di una prestazione sanitaria. Oltre a confermare i principali risultati presenti nella letteratura più generale della customer satisfaction, lo studio mette in luce gli effetti di alcune variabili, quali le emozioni, le attribuzioni di responsabilità e il valore percepito, contestualizzate alla specifica problematica delle liste d'attesa nei servizi sanitari, suggerendo di spostare il focus dalle definizioni più tecniche e cognitive di soddisfazione verso quella che Berry, Carbone e Haeckel (2002) definiscono la *globale esperienza dell'utente*.

Pertanto, sono auspicabili, in futuro ulteriori ricerche volte ad approfondire e confermare la rilevanza e gli effetti delle variabili sopra citate, nello specifico contesto sanitario. Si sottolinea, in tal senso, anche l'opportunità di includere in successivi studi

l'analisi degli effetti della soddisfazione per i tempi d'attesa sulla soddisfazione complessiva del servizio sanitario nonché sulle successive intenzioni comportamentali di rivolgersi nuovamente alla stessa struttura e/o di consigliarla/sconsigliarla ad altri.

Riprendendo entrambi gli studi, quello con gli operatori e quello con gli utenti, risulta interessante delineare possibili strategie correttive e migliorative, implementabili dalle strutture e dagli operatori sanitari, allo scopo di migliorare la soddisfazione per i tempi d'attesa dell'utente, in una più ampia prospettiva di qualità del servizio.

Dal punto di vista degli operatori sanitari, gli interventi dovrebbero agire soprattutto a livello di sistema sanitario, incrementando le risorse finanziarie, strutturali e di personale e, a livello di staff medico sostenendolo nella creazione e sviluppo di un rapporto di comunicazione e di ascolto reciproco con un nuovo profilo di utente, non più soggetto passivo bensì attivo, informato e desideroso di prendere parte alle decisioni che concernono la propria salute. Diventano, quindi, sempre più critiche le abilità degli operatori sanitari nell'empatizzare con l'utente e nel riconoscere le possibili emozioni cercando di rispondervi in maniera adeguata nonché nel saperlo orientare e informare in maniera adeguata.

Non meno importanti risultano essere gli interventi a livello dell'utente, i quali oltre a prevedere possibili strategie di sanzioni economiche per i comportamenti impropri, dovranno essere finalizzati ad educare, informare e responsabilizzare l'utente in merito ad un corretto e appropriato consumo dei servizi sanitari.

I risultati emersi dall'indagine con gli utenti, sottolineano l'opportunità di agire a livello sia cognitivo (attribuzioni di responsabilità, valore percepito) sia emotivo. In tale prospettiva, si inseriscono un'adeguata attività di informazione e comunicazione agli utenti sulle caratteristiche del servizio, sui criteri di gestione utilizzati e sulle competenze tecnico-scientifiche degli operatori; un'informazione-comunicazione che sia finalizzata anche a rendere più aderenti alla realtà le attribuzioni di responsabilità e a sottolineare i valori/benefici, associati alle prestazioni sanitarie, che possono controbilanciare e moderare le conseguenze negative dell'attesa.

Tali azioni potranno ripercuotersi positivamente sulla componente emotiva dell'attesa: l'utente che riconosce al servizio dei benefici rilevanti per cui vale la pena attendere, che è a conoscenza di come vengono applicate le normative e del loro fine di garantire un accesso appropriato alle esigenze manifestate dalla persona, che è

consapevole delle procedure e dell'impegno con cui gli operatori erogano il servizio, con molta probabilità riuscirà a contenere l'intensità di alcune emozioni quali l'ansia, l'incertezza e la rabbia percependo un più alto livello di soddisfazione. In particolare, riconoscere e gestire le emozioni degli utenti dei servizi sanitari in attesa, rappresenta per le organizzazioni sanitarie un'importante opportunità per aggiungere valore all'esperienza del servizio vissuta dall'utente, migliorandone la soddisfazione e la percezione di qualità, in una più ampia prospettiva di tutela dei diritti alla salute, alla solidarietà, all'eguaglianza nell'accesso e all'appropriatezza delle cure.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, E. W., & Sullivan, M. W. (1990). Customer satisfaction and retention across firms. In V. Zeithaml, L.L. Berry & A. Parasuraman (Eds.), *Presentation in TIMS college of marketing special interest conference on service marketing*. Nashville, T. N. September.
- Anderson, E.W. (1994). Cross-category variation in customer satisfaction and retention. *Marketing letters*, 5(1), 185-204.
- Anderson, J.C., Jain, D.C., & Chintagunta, P.K. (1993). Customer value assessment in business markets: a stat-of-practice study. *Journal of Business-to-Business marketing*, 1(1), 3-30.
- Anderson, R.E. (1973). Consumer dissatisfaction: the effect of disconfirmed expectancy on perceived product performance. *Journal of Marketing Research*, 10, 38-44.
- Andreassen, T.W. (2000). Antecedents to satisfaction with complaint resolution. *European Journal of Marketing*, 34(2), 156-175.
- Andreassen, T.W., & Lindestad, B. (1998). Customer loyalty and complex services: the impacts of corporate image on quality customer satisfaction and loyalty for customers varying degree of service expertise. *International Journal of Service Industry Management*, 9(1), 7-23.
- Annese, S., & Minnini, G. (2002). La focus group discussion tra analisi del contenuto e analisi del discorso. In B.M. Mazzara (a cura di), *Metodi qualitativi in psicologia sociale. Prospettive teoriche e strumenti operative*. Roma: Carocci.
- Antonides, G., Verhoef, P.C., & Van Aalst, M. (2002). Consumer perception and evaluation of waiting time: a field experiment. *Journal of Consumer Psychology*, 12(3), 193-202.
- Appleby, A., & Lawrence, C. (2000). From Blacklist to Beacon a case study in reducing dermatology outpatient waiting times. *Clinical and Experimental Dermatology*, 26, 548-555.
- Arbuckle, J.L. (2003). *Amos 5.0 Update to the Amos User's Guide*. Chicago: SmallWaters Corporation.
- Babakus, E., & Boller, G.W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, 24, 253-268.
- Barbarino, F.C., & Lonardi, E. (1997). *Servizi di qualità*. Milano: Il Sole 24 Ore Libri.
- Barsky, J., & Nash, L. (2002). Evoking emotion: affective keys to hotel loyalty. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 43, 39-46.
- Beardon, W.O., & Teele, J.E. (1983). Selected Determinants of Consumer Satisfaction and Complaint Reports. *Journal of Marketing Research*, 20(1), 21-28.
- Berry, L.L., & Parasuraman, A. (1991). *Marketing Services: Competing through Quality*. New York, NY: Free Press.
- Berry, L.L., Carbone, L.P., & Haeckel, S.H. (2002). Managing the total customer experience, *MIT Sloan Management Review*, 43(3), 85-89.
- Bettman, J.R., & Weitz, B.A. (1983). Attributions in the board room: causal reasoning in corporate annual reports. *Administrative Science Quarterly*, 28, 165-183.
- Bielen, F., & Demoulin, N. (2007). Waiting time influence on the satisfaction-loyalty relationship in services. *Managing Service Quality*, 17(2), 174-193.
- Bitner, M.J. (1990). Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing*, 54(2), 69-82.

- Bohner, G., Bless, H., Schwarz, N., & Strack, F. (1988). What triggers causal attributions? The impact of valence and subjective probability. *European Journal of Social Psychology*, 18(4), 335-345.
- Bolton, R., & Drew, J. (1991). A Longitudinal Analysis of the Impact of Service Changes on Customer Attitudes. *Journal of Marketing*, 55(1), 1-9.
- Bourne, L.E., & Russo, N.F. (1998). *Psychology-Behavior in Context*. New York, NY: W.W. Norton and Company.
- Bradley, G.W. (1978). Self-serving biases in the attribution process: a reexamination of the fact or fiction question. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 56-71.
- Bridges, E. (1993). Services attributes: expectations and judgements. *Psychology and Marketing*, 10, 185-197.
- Brown, S.P., & Beltramini, R.F. (1989). Consumer complaining and word-of-mouth activities: field evidence. In *Advances in Consumer Research*, 16. Provo, UT: Association for Consumer Research, 9-16.
- Buttle, F. A. (1996). SERVQUAL: Review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30(1), 8-32.
- Buzzanca, A. (2006). *Tutela urgente alla salute e liste d'attesa*. Milano: Giuffrè Editore.
- Cadotte, E., Woodruff, R., & Jenkins, R. (1987). Expectations and norms in model of consumer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 24, 305-314.
- Cameron, M.A., Baker, J., Peterson, M., & Braunsberg, K. (2003). The effect of music, wait-length evaluation, and mood on a low-cost wait experience. *Journal of Business Research*, 56, 421-430.
- Carman, J.M. (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 35-55.
- Casado Diaz, A.B., & Mas Ruiz, F.J. (2002). The consumer's reaction to delay in service. *International Journal of Service Industry Management*, 13(2), 118-140.
- Cattell, R.B. (1966). *Handbook of multivariate experimental psychology*. Chicago: Rand McNally.
- Censis, (2006). *Monitor Biomedico 2006, Il valore della prossimità nella sanità del futuro. Italiani e sanità: voglia di cambiare. Paura dei cambiamenti*. Roma: 21 febbraio 2006.
- Chebat, J.C., Filiatrault, P., Gelinas-Chebat, C., & Vaninsky, A. (1995). Impact of waiting attribution and consumer's mood on perceived quality. *Journal of Business Research*, 34, 191-196.
- Chebat, Jean-C., & Filiatrault, P. (1993). The impact of waiting in line on consumers. *International Journal of Bank Marketing*, 11(2), 35-40.
- Cherubini, S. (1996). *Marketing dei servizi*. Milano: FrancoAngeli.
- Churchill, G.A., & Suprenant, C. (1982). An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19(4), 491-504.
- Clemmer, E.C., & Schneider, B. (1989). *Toward understanding and controlling customer dissatisfaction with waiting*, Report No.89-115. Cambridge, MA: The Marketing Science Institute.
- Cole, F.L., Mackey, T.A., & Lindenberg, J. (2001). Wait time and satisfaction with care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 13(10), 467-472.

- Conferenza Stato-Regioni (2002). Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa. *Repertorio Atti n.1488*, 11 luglio 2002.
- Contarello, A., & Volpato, C. (2002). La dimensione storica dei processi psicosociali. Note metodologiche di ricerca. In B. Mazzara (a cura di), *Metodi qualitativi in psicologia sociale*. Roma: Carocci.
- Corbetta, P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Corrao, S. (2000). *Il Focus Group*. Milano: FrancoAngeli.
- Cronin Jr, J.J., & Taylor, S.A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58, 125-131.
- Cronin, J.J. Jr, Brady, M.K., & Hult, G.T M. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193-218.
- Cronin, J.J., & Taylor, S.A. (1992). Measuring service quality: a re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Crosby, L. A., & Stephens, N. (1987). Effects of relationship marketing on satisfaction, retention, and prices in the life insurance industry. *Journal of Marketing Research*, 24, 404-411.
- Curren, M.T., & Folkes, V.S. (1987). Attributional influences on consumers' desires to communicate about product. *Psychology and Marketing*, 4, 31-45.
- Danaher, P.J., & Haddrell, V. (1996). A comparison of question scales used for measuring customer satisfaction. *International Journal of Service Industry Management*, 7(4), 4-26.
- Danaher, P.J., & Mattsson, J. (1994). Customer satisfaction during the service delivery process. *European Journal of Marketing*, 28(5), 5-16.
- Dansky, K.H., & Miles, J. (1997). Patient satisfaction with ambulatory health care services: waiting times and filling time. *Hospital and Health Services Administration*, 42, 165-177.
- Davies, A.R., & Ware, J.E. (1988). Involving consumers in quality of care assessment. *Health Affairs*, 7, 33-48.
- Davis, M.M., & Heineke, J. (1994). Understanding the roles of the customer and the operation for better queue management. *International Journal of Operations and Production Management*, 14(5), 21-34.
- Davis, M.M., & Heineke, J. (1998). How disconfirmation, perception and actual waiting times impact customer satisfaction. *International Journal of Service Industry Management*, 9(1), 64-73.
- Davis, M.M., & Maggard, M.J. (1990). An Analysis of Customer Satisfaction with Waiting Times in a Two-stage Service Process. *Journal of Operations Management*, 9(3), 324-334.
- Davis, M.M., & Vollmann, T.E. (1990). A Framework for Relating Waiting Time and Customer Satisfaction in a Service Operation. *The Journal of Services Marketing*, 4(1), 61-69.
- Dawson, S., Manderson, L., & Tallo, V. L. (1993). *A Manual for the Use of Focus Group*. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries.
- Day, R.L., & Landon, E.L. (1977). Toward a Theory of Consumer Complaining Behaviour. In A.G. Woodside, J.N. Sheth, & P.D. Bennett (Eds.), *Consumer and Industrial Buying Behavior*. New York, NY: North-Holland.

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 aprile 2002 (2002). Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa. *Gazzetta Ufficiale n. 122*, Supplemento ordinario del 27/05/2002.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995 (1995). Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari". *Gazzetta Ufficiale n. 125*, Supplemento ordinario del 31/05/1995.
- Decreto Legislativo 229/99 (1999). Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale n. 165*, Supplemento ordinario n. 1332/L del 16 luglio 1999.
- Decreto Legislativo 502/92 (1992). Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421. *Gazzetta Ufficiale n. 305*, Supplemento ordinario del 30/12/1992.
- Dei Tos, G. A., & Del Favero, A. L. (2006). *Etica, qualità e umanizzazione in sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- Derlet, R.W., & Richards, J.R. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of Emergency Medicine*, 35(1), 63-68.
- Derrett S., Paul, C., & Morris, J. (1999). Waiting for elective surgery: effects on health related quality of life. *International Journal of Quality in Health Care*, 11(1), 47-57.
- Desmet, P.M.A. (2003). Measuring emotion: development and application of an instrument to measures emotional responses to products. In M.A. Blythe, A.F. Monk, K. Overbeeke, & P.C. Wright, (Eds.), *Funology: From Usability to Enjoyment*. New York, NY: Kluwer Academic Publishers.
- DiTomasso, R.A., & Willard, M. (1991). Development of a patient satisfaction questionnaire in the ambulatory setting. *Family Medicine*, 23, 127-131.
- Dodds, W.B., & Monroe, K.B. (1985). The effect of brand and price information on subjective product evaluation. In E. Hirschman & M. Holbrook (Eds.), *Advances in Consumer Research*, 12. Provo, UT: Association for Consumer Research, 85-90.
- Dodds, W.B., Monroe, K.B., & Grewal, D. (1991). Effects of price, brand and store information on buyers' product evaluation. *Journal of Marketing Research*, 28, 307-319.
- Dorfman, P.W. (1979). Measurement and meaning of recreation satisfaction: a case study in camping. *Environment and Behaviour*, 11(4), 483-510.
- Drucker, P. (1965). *The Practice of Management*. UK: Heinemann.
- Dube, L., Schmitt, B.H., & Leclerc, F. (1991). Consumers' affective response to delays at different phases of a service delivery. *Journal of Applied Social Psychology*, 21(10), 810-820.
- Dubè-Rioux, L., Schmitt, B.H., & Leclerc, F. (1989). Consumer reaction to waiting: when delay affect the perception of service quality. *Advances in Consumer Research*, 16, 112-125.
- Dunn, E., Black, C., Alonso, J., Noregard, J.C., & Anderson, G.F. (1997). Patients acceptance of waiting for cataract surgery: what makes a wait too long? *Social Science and Medicine*, 44(11), 1603-1610.
- Durrande-Moreau, A. (1997). L'attente d'un service, quelles recommandations? *Decision Marketing*, 11, 69-79.

-
- Durrande-Moreau, A. (1999). Waiting for service: ten years of empirical research. *International Journal of Service Industry Management*, 10(2), 171-178.
- Eilers, G. (2004). Improving patient satisfaction and waiting time. *Journal of American College Health*, 53(1), 41-45.
- Feola, T., & Di Corato, A. (2006). *SSN Stato e Regioni nel governo della salute*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- Festinger, L. (1957). *A theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fitzpatrick, R., Norquist, J., Reeves, B., Morris, R., Murray, D., & Gregg, P. (2004). Equity and need when waiting for total hip replacement surgery. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 59(11), 1334-1339.
- Fitzsimmons, J.A., & Fitzsimmons, M.J. (2001). *Service Management: Operations, strategy, and information technology* (3rd edn.). New York: McGraw-Hill.
- Fitzsimons, D., Parahoo, K., & Stringer, M. (2000). Waiting for coronary artery bypass surgery: effects on health related quality of life. *International Journal of Quality in Health Care*, 32(5), 1243-1252.
- Floyd, K., & Voloudakis, M. (1999). Attributions for expectancy violating changes in affectionate behaviour in platonic friendships. *The Journal of Psychology*, 133(1), 32-48.
- Fogarty, C., & Cronin, P. (2008). Waiting for healthcare: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), 463-471.
- Folkes, V. (1984). Consumer reactions to product failure: an attributional approach. *Journal of Consumer Research*, 10, 398-409.
- Folkes, V. (1988). Recent attribution research in consumer behaviour: a review and new directions. *Journal of Consumer Research*, 14, 548-565.
- Folkes, V., Koletsky, S., & Graham, J.L. (1987). A field study of causal inferences and consumer reaction: the view from the airport. *Journal of Consumer Research*, 13, 534-539.
- Folkes, V.S., & Kotsos, B. (1986). Buyers' and sellers' explanation for product failure: who done it? *Journal of Marketing*, 50, 74-80.
- Geist, W. (1984). *They're Hiring Others to Stand in Line*. New York Times 6 June: D3.
- Gerties, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & Delbanco, T.L. (1993). *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Josey-Bass.
- Ghiglione, R. (1980). *Manuel d'analys du contenu*. Paris: Colin.
- Giske, T., & Gjengedal, E. (2006). "Preparative waiting" and coping theory with patients going through gastric diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 87-94.
- Gonzalez-Busto, B., & Garcia R. (1999). Waiting lists in Spanish public hospitals: a system dynamic approach. *System Dynamics Review*, 15(3), 203-224.
- Goode, M., & Moutinho, L. (1995). The effects of free banking on overall satisfaction: the use of automated teller machines. *International Journal of Bank Marketing*, 13(4), 33-40.
- Gooding, R.Z., & Kinicki, A.J. (1995). Interpreting event causes: the complementary role of categorization and attribution process. *Journal of Management Studies*, 32, 1-22.
- Gopalakrishna, P., & Mummalaneni, V. (1993). Influencing satisfaction for dental service. *Journal of Health Care Marketing*, 13(1), 16-22.
-

- Grilli, R. (2003). Tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie: problema da eliminare o fenomeno da governare?. In G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*. Bologna: Il Mulino, 245-267.
- Gronroos, C. (1993). Toward a third phase in service quality research: challenges and future directions. In T.A. Swartz, D.E. Bowen & W.S. Brown (Eds.), *Advances in Services Marketing and Management Research and Practice*, vol. II. Greenwich, CT: JAI Press, 49-64.
- Gross, D., & Harris, C.M. (1985). *Foundamentals of queueing theory*. New York: John Wiley & Sons.
- Halstead, D., Hartman, D., & Schmidt, S. (1994). Multisource effects on the satisfaction formation process. *Journal of Academic Marketing Science*, 22, 114-129.
- Health Consumer Powerhouse (2007). *Euro Health Consume Index*. disponibile: www.healthpowerhouse.com
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.
- Hellier, P.K., Geursen, G.M., Carr, R.A., & Rickard, J.A. (2003). Customer repurchase intention: A general structural equation model. *European Journal of Marketing*, 37(11-12), 1762-1800.
- Hewstone, M. (1991). *Attribuzione causale. Dai processi cognitivi alle credenze collettive*. Milano: Giuffrè.
- Hewstone, M., & Fincham, F. (1998). Teoria e ricerca sull'attribuzione. In M. Hewstone, W. Stroebe & G.M. Stephenson (a cura di), *Introduzione alla Psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino, 179-216.
- Holbrook, M. (1994). The nature of customer value: an anthology of services in the consumption experience. In R.T. Ruist & R.L. Oliver (Eds.), *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 21-71.
- Homburg, C., Koschate, N., & Waine, D.H. (2006). The role of cognition and affect in the formation of customer satisfaction: A dynamic perspective. *Journal of Marketing*, 70, 21-31.
- Hornik, J. (1984). Subjective vs objective time measures: a note on the perception of time in consumer behaviour. *Journal of Consumer Research*, 11, 615-18.
- Houston, M.B., Bettencourt, L., & Wenger, S. (1998). The relationship between waiting in a service queue and evaluations of service quality: a field theory perspective. *Psychology & Marketing*, 15(8), 735-753.
- Howard, J.A., & Sheth, J.N. (1969). *The Theory of Buyer Behavior*. New York: John Wiley.
- Hui, M.K., & Tse, D.K. (1996). What to tell consumers in waits of different lengths: an integrative model of service evaluation. *Journal of Marketing*, 60(2), 81-90.
- Hui, M.K., Dubé, L. & Chebat, J-C, (1997). The impact of music on consumers' reactions to waiting for services. *Journal of Retailing*, 73(1), 87-104.
- Hurst, J., & Siciliani, L. (2003). Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. *OECD Health Working Papers*, 6, Oecd Publishing.
- Iversen, T. (1993). A theory of hospital waiting lists. *Journal of Health Economics*, 12, 55-71.
- Iversen, T. (1997). The effect of a private sector on the waiting time in a National Health Service. *Journal of Health Economics*, 16, 381-396.
- Izard, E.E. (1977). *Human Emotions*. New York, NY: Plenum Press.

- Jandt, F. (1995). *Intercultural communication: An introduction*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jones, E.E. (1972). *Attribution: Perceiving the causes of behaviour*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Jones, E.E., & Davis, K.E. (1965). From acts to dispositions: The attribution process in person perception. In L. Berkowitz (Eds.), *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press.
- Jones, J.L., & Mowen, J.C. (1991). An empirical study of the impact of expected versus actual waiting times on consumer satisfaction. In J.C. Chebat, & V. Venkatesan (Eds.), *Proceedings of the VIIth John-Labatt Marketing Research Seminar, Time and Consumer Behavior*. Montreal, Canada: UQAM.
- Jones, P., & Dent, M. (1994). Improving service: managing response time in hospitality operations. *International Journal of Operations & Production Management*, 14(5), 52-58.
- Jones, P., & Peppiatt, E. (1996). Managing perceptions of waiting times in service queues. *International Journal of Service Industry Management*, 7(5), 47-61.
- Katz, K.L., Larson, B.M. & Larson, R.C. (1991). Prescription for the Waiting-in-Line Blues: Entertain, Enlighten, and Engage. *Sloan Management Review*, 32(2), 44-53.
- Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology. In D. Levine (Eds.), *Nebraska Symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Kelley, H.H. (1973). The processes of causal attributions. *American Psychologist*, 28, 107-128.
- Kelley, H.H., & Michela, J.L. (1980). Attribution Theory and research. *Annual Review of Psychology*, 31, 457-501.
- Knudtson, N. (2000). Patient satisfaction with a nurse practitioner service in a rural setting. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12, 405-412.
- Kotler, P. (1980). *Marketing Management: Analysis, Planning and Control*, 4th ed.. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kotler, P., & Levy, S.J. (1971). Demarketing? Yes, Demarketing. *Harvard Business Review*, 49, 74-80.
- Krishnan, S., & Valle, V.A. (1979). Dissatisfaction attribution and consumer complain behaviour. In W.L. Wilkie & A. Arbor (Eds.), *Advances in Consumer Research*, vol. 6. MI: Association for Consumer Research, 445-449.
- Lalljee, M. (1981). Attribution theory and the analysis of explanation. In C. Antaki (Eds.), *The psychology of ordinary explanations of human behaviour*. London: Academic Press.
- Landon, E.L. (1977). A model of consumer complaint behaviour. In R. Day (Eds.), *Consumer satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*. Bloomington, IN: Indiana university Press, 31-35.
- Larson, R.C. (1987). Perspectives on Queues: Social Justice and the Psychology of Queuing. *Operations Research*, 35(6), 895-905.
- Lau, R.D., & Russell, D. (1980). Attribution in the sport pages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 29-38.
- Lee, R. M., & Fielding, N. G. (1995). Users Experiences of Qualitative Data Analysis Software. In U. Kelle (Eds.), *Computer-Aided Qualitative Data Analysis: Theory, Methods and Practice*. London: Sage.
- Legge n. 3 (2001). Modifiche al titolo al titolo V della parte seconda della Costituzione. *Gazzetta Ufficiale serie generale n. 248 del 24 ottobre 2001*.

- Legge n.833 (1978). Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. *Gazzetta Ufficiale* n. 360, Supplemento Ordinario del 28/12/1978.
- Liljander, V., & Strandvik, T. (1997). Emotions in service satisfaction. *International Journal of Service Industry Management*, 8(2), 148-169.
- Limaye, M.R. (2000). Perception is the thing: Presenting variant worldviews in the international business communication classroom. *Business Communication Quarterly*, 63(3), 24-39.
- Liu, T., & Steele, C.M. (1986). Attributional analysis as self-affirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(3), 531-540.
- Lovelock, C., & Gummesson, E. (2004). Whiter service marketing? In search of a new paradigm and fresh perspectives. *Journal of Service Research*, 7(1), 20-41.
- Lovfendahl, S., Eckerlund, I., Hansagi, H., Malmquist, B., Resch, S., & Hanning, M. (2005). Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinion. *International Journal of Quality in Health Care*, 17(20), 133-140.
- Lukes, S. (1975). Political ritual and social integration. *Sociology*, 9, 289-308.
- Maister, D.H. (1985). The psychology of waiting lines. In J. Czepiel, M. Solomon, & C. Suprenant (Eds.), *The service encounter*. Lexington, MA: Lexington Books, 113-123.
- Mariotti, G. (2006). *Priorità cliniche in sanità. Come governare i tempi d'attesa con il coinvolgimento dei professionisti*. Milano: FrancoAngeli.
- Martin, D., O'Neill, M., Hubbard, S., & Palmer, A. (2008). The role of emotion in explaining consumer satisfaction and future behavioural intention. *Journal of Services Marketing*, 22(3), 224-236.
- Martin, R.M., Sterne, J.A.C., Gunnell, D., Ebrahim, S., Davey-Smith, G., & Frankel S. (2003). N.H.S. Waiting Lists and Evidence of National or Local Failure: analysis of health service data. *British Medical Journal*, 326, 1-10.
- Martinez-Tur, V., Silla, J.M.P., & Ramos, J. (2001). *Calidad de servicio y satisfacción del cliente*. Madrid: Síntesis.
- Martinko, M.J. (1995). The nature and function of attribution theory within the organizational sciences. In M.J. Martinko (Eds.), *Attribution Theory: An Organizational Perspective*. Delray-Beach, FL: St Lucie Press, 7-14.
- Mattila, A.S. (2001). Emotional bonding and restaurant loyalty. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 42(6), 73-79.
- Mazursky, D., & Ganzach, Y. (1998). Does involvement moderate time dependent biases in consumer multi attribute judgment? *Journal of Business Research*, 41(2), 95-103.
- Mazzara, B. M. (2002). *Metodi qualitativi in psicologia sociale. Prospettive teoriche e strumenti operativi*. Roma: Carocci.
- McDougall, G.H.G., & Levesque, T. (2000). Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation. *Journal of Services Marketing*, 14(5), 392-410.
- Meyer, A., & Westerbarkey, P. (1996). Measuring and managing hotel guest satisfaction. In M.D. Olsen, R. Tearre & E. Gummesson (Eds.), *Service quality in hospitality organizations*. New York: Cassell, 185-204.
- Miller, D.T., & Ross, M. (1975). Self-serving biases in the attribution of causality: fact or fiction?. *Psychological Bulletin*, 82(2), 213-225.

- Miller, F.D., Smith, E.R., & Uleman, J. (1981). Measurement and interpretation of situational and dispositional attributions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17(1), 80-95.
- Miller, J.A. (1977). Studying satisfaction, modifying models, eliciting expectations, posing problems and making meaningful measurements. In H.K. Hunt (Eds.), *Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*. Cambridge, MA: Marketing Science Institute.
- Ministero della Sanità, Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa, (2001). *Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel S.S.N. Relazione finale*. Roma, maggio 2001.
- Monroe, K. B. (1990). *Pricing: Making profitable decisions*. New York: McGraw-Hill.
- Morga, A., & Xavier, A. (2001). Hospital specialists' private practice and its impact on the number of NHS patients treated and on the delay for elective treatment. Discussion Papers in *Economics*, 2001/01. The University of York.
- Morgan, D.L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park (CA): Sage.
- Murray, M. (2000). Patient care: access. *British Medical Journal*, 320, 1594-1596.
- National Demonstration Hospitals Program (1997). *Towards best practice in elective surgery: a guide*. Commonwealth Department of Health and Family Services; 1997.
- Ndhlovu, J., & Sengunder, T. (2002). Gender and perception of service quality in the hotel industry. *Journal of American Academy of Business*, 1(2), 301-307.
- Neuberger, J. (2000). The educated patient: new challenges for the medical profession. *Journal of Internal Medicine*, 247(1), 6-10.
- Newell, G.F. (1982). *Applications of Queueing Theory*. London: Chapman & Hall.
- Newsome, P.R.H., & Wright, G.H. (1999). A review of patient satisfaction: concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 186(4), 161-165.
- Nie, W. (2000). Waiting: integrating social and psychosocial perspectives in operations management. *Omega, The International Journal of Management Science*, 28, 611-629.
- Normann, R. (1992). *La gestione strategica dei servizi*. Milano: Etas.
- Noseworthy, T., & McGurran, J. (2001). *From chaos to order: making sense of waiting lists in Canada*. Final report, Western Canada Waiting List Project.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*, 2d ed.. New York: McGraw-Hill.
- Oh, H. (1999). Service quality, customer satisfaction, and customer value: A holistic perspective. *Hospitality Management*, 18, 67-82.
- Oliver, R. (1997). *Satisfaction: A Behavioural Perspective on the Consumer*. London: McGraw-Hill.
- Oliver, R.L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460-469.
- Oliver, R.L. (1981). Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail setting. *Journal of Retailing*, 57, 25-48.
- Oliver, R.L. (1993). Cognitive, affective, and attribute bases of satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20(3), 418-430.
- Oliver, R.L. (1996). *Satisfaction. A Behavioral Perspective on the Consumer*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Oliver, R.L., & DeSarbo, W.S. (1988). Response Determinants in Satisfaction Judgement. *The Journal of Consumer Research*, 15(4), 495-507.

-
- Oliver, R.L., & Winer, R.S. (1987). A framework for the formation and structure of consumer expectations: review and propositions. *Journal of Economic Psychology*, 8, 469-499.
- Olson, J.C., & Dover, P. (1976). Effects of expectation creation and disconfirmation of belief elements of cognitive structure. In B.B. Anderson (Eds.), *Advances in Consumer Research*. Cincinnati Ohio: Association for Consumer Research, 168-175.
- OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Regionale per l'Europa (1996). *Carta di Lubiana sulle riforme della Sanità*. Lubiana Slovenia, 19giugno 1996.
- OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Regionale per l'Europa (1998). *Health21: La salute per tutti nel XXI secolo*. Dichiarazione della sanità mondiale adottata dalla comunità della sanità mondiale nella cinquantunesima Assemblea Mondiale della Sanità, maggio 1998.
- Osuna, E-E. (1985). The psychological cost of waiting. *Journal of Mathematical Psychology*, 29, 82-105.
- Oudhoff, J.P., Timmermans, D.R., Bijnen, A.B., & Van Der Wal, G. (2004). Waiting for elective general surgery: physical, psychological and social consequences. *ANZ Journal of Surgery*, 74, 361-367.
- Pancorbo, C., & Moral, L. (2002). *Surgical waiting list reduction programme. The Spanish experience*. HOPE Publication.
- Parasuraman, A. (1997). Reflections on gaining competitive advantage through customer value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25(2), 154-161.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67, 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for future research. *Journal of Marketing*, 58, 111-124.
- Patterson, P., Johnson, L., & Spreng, R. (1997). Modeling the determinants of customer satisfaction for business-to-business professional service. *Journal of Academic Marketing Science*, 25, 4-17.
- Payne, A., & Holt, S. (2001). Diagnosing customer value: integrating the value process and relationship marketing. *British Journal of Management*, 12(2), 159-182.
- Pell, J.P., Pell, A.C.H., Norrie, J., Ford, I., & Cobbe, S.M. (2000). Effect of socio-economic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 320, 15-19.
- Pitt, D., Noseworthy, T., Guilbert, J., & Williams, J.R. (2003). Waiting lists: management, legalities and ethics. *Canadian Journal of Surgery*, 46(3), 170-175.
- Prabhu, N. (1997). *Foundations of Queuing Theory*. Boston: Kluwer.
- Prakash, V. (1984). Validity and reliability of the confirmation of expectations paradigm as a determinant of consumer satisfaction. *Journal of the Academy Marketing Science*, 12(4), 63-76.
- Prakash, V., & Lounsbury, J. W. (1983). A reliability problem in the measurement of disconfirmation of expectations. In R. P. Bagozzi, & A. M. Tybout (Eds.),
-

-
- Advances in consumer research* (Vol. 10). Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, 244-249.
- Pruyn, A., & Smidts, A. (1998). Effects of waiting on the satisfaction with the service: beyond objective time measures. *International Journal of Research in Marketing*, 15(4), 321-334.
- Richins, M.L. (1983). Negative word-of-mouth by dissatisfied consumers: a pilot study. *Journal of Marketing*, 47, 68-78.
- Richins, M.L. (1985). Factors affecting the level of consumer-initiated complaints to marketing organizations. In H. Keith & R.L. Day (Eds.), *Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*. Bloomington, IN: Indiana University School of Business, 82-85.
- Richins, M.L. (1997). Measuring emotions in the consumption experience. *Journal of Consumer Research*, 24(2), 127-147.
- Ripa, F. (1996). Quale qualità nelle aziende sanitarie? *Organizzazione Sanitaria*, 6, 54-61.
- Rokeach, M. (1983). *The nature of human values*. New York: John Wiley.
- Saegrov, S., & Halding, C. (2004). What is it like living with diagnosis of cancer? *European Journal of Cancer Care*, 13, 145-153.
- Sampalis, J., Boukas, S., Lieberman, M., Reid, T., & Dupuis, G. (2001). Impact of waiting time on the quality of life of patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Canadian Medical Association Journal*, 165(4), 429-433.
- Schaffer, B.S. (2002). Board assessment of managerial performance. An analysis of attribution processes. *Journal of Managerial Psychology*, 17(2), 95-115.
- Schiffman, L., Bednall, D., Cowley, E., O Cass, A., Watson, J., & Kanuk, L. (2001). *Consumer Behaviour* (2nd Edition). Australia: Prentice Hall.
- Schmitt, B., Dube, L., & Leclerc, F. (1992). Intrusions into waiting lines: does the queue constitute a social system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(5), 806-815.
- Schwartz, B. (1978). *Queueing and waiting: Studies in the social organization of access and delay*. Chicago: University of Chicago Press.
- Scotland, R. (1991). Customer Service: a waiting game. *Marketing*, 11, 1-3.
- Siciliani, L., & Hurst, J. (2005). Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A comparison in 12 OECD countries. *Health Policy*, 72(2), 201-215.
- Slater, S.F., (1997). Developing a customer value-based theory of the firm. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25(2), 162-167.
- Smidts, A., & Pruyn, A. (1994). How waiting affects customer satisfaction with service: the role of subjective variables. *Proceedings of the 3rd International Research Seminar in Service Management*, Universite d'Aix-Marseille, 678-696.
- Smith, A.K., & Bolton, R.N. (2002). The effect of customers' emotional responses to service failures on their recovery effort evaluations and satisfaction judgments. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 30(1), 5-23.
- Smith, A.K., & Bolton, R.N. (2002). The effect of customers' emotional responses to service failures on their recovery effort evaluations and satisfaction judgments. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 30(1), 5-23.
- Smith, C. P. (2000). Content analysis and narrative analysis. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology*. Cambridge: University Press.
-

- Smith, D.R., & Whitt, W. (1981). On the Efficiency of Shared Resources in Queuing Systems. *Bell Systems Technology Journal*, 60, 39-57.
- Smith, E.R., & Miller, F.D. (1982). Latent variable models of attributional measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(2), 221-225.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt (Eds.), *Sociological methodology*. San Francisco: Jossey-Bass, 290-312.
- Solomon, S. (1978). Measuring dispositional and situational attributions. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 4, 589-594.
- Spaite, D.W., Bartholomeaus, F., & Guisto, J. (2002). Rapid process design in a university based emergency department decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction. *Annals Emergency Medicine*, 39(2), 168-177.
- Spreng, R., MacKenzie, S. & Olshavsky, R.A. (1996). A re-examination of the determinants of consumer satisfaction. *Journal of Marketing*, 60, 15-32.
- Spreng, R.A., & Olshavsky, R.W. (1993). A desires congruency model of consumer satisfaction. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21(3), 169-177.
- Stoop, A.P., Vrangbæk, K., & Berg, M. (2005). Theory and practice of waiting time data as a performance indicator in healthcare: A case study from the Netherlands. *Health Policy*, 73(1), 41-51.
- Swan, J.E., & Trawick, I.F. (1980). Satisfaction Related to Predictive vs Desired Expectations. In H. K. Hunt & R.L. Day (Eds.), *Refining Concepts and Measures of Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*. Bloomington, IN: Indiana University Press, 7-12.
- Swan, J.E., Trawick, F.I., & Carroll, G. (1981). Satisfaction related to predictive desired expectations: a field study. In R.L. Day & K.H. Hunt (Eds.), *New Findings on Consumer Satisfaction and Complaining Behaviour*. Bloomington, IN: Indiana University, 15-22.
- Swanson, S.R., & Kelley, S.W. (2001). Service recovery attributions and word-of-mouth intentions. *European Journal of Marketing*, 35(1/2), 194-211.
- Szymanski, D.M, & Henard, D. (2001). Customer satisfaction: A meta-analysis of the empirical evidence. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 29(1), 16-35.
- Taylor, S. (1994). Waiting for services: the relationship between delays and evaluations of service. *Journal of Marketing*, 58(2), 56-69.
- Taylor, S., & Fullerton, G. (2000). Waiting for service: Perceptions management of the wait experience. In T.A. Swartz & D. Iacobucci (Eds.), *Handbook of services marketing and management*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Taylor, S.E., & Koivumaki, J.H. (1976). The perception of self and others: Acquaintanceship, affect, and actor-observer differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(4), 403-408.
- Teas, R.K. (1993). Expectations, performance evaluation, and consumers' perceptions of quality. *Journal of Marketing*, 57, 18-34.
- Thompson, A., & Sunol, R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care*, 7, 127-141.
- Thorne, S., Hams, S.R., Hislop, T.G., & Vestrop, J.A. (1999). The experience of waiting for diagnosis after an abnormal mammogram. *The Breast Journal*, 5(1), 42-51.
- Tom, G., & Lucey, S. (1995). Waiting time delays and customer satisfaction in supermarkets. *The Journal of Services Marketing*, 9(5), 20-29.

- Tom, G., & Lucey, S. (1997). A field study investigating the effect of waiting time on customer satisfaction. *The Journal of Psychology*, 131(6), 655-660.
- Tse, D.K., & Wilton, P.T. (1988). Models of consumer satisfaction formation: an extension. *Journal of Marketing Research*, 25, 204-212.
- Tsiros, M., Mittal, V., & Ross Jr, W.T. (2004). The role of attributions in customer satisfaction: a re-examination. *Journal of Consumer Research*, 31, 476-483.
- Valle, V., & Wallendorf, M. (1977). Consumer attributions of the cause of their product satisfaction and dissatisfaction. In H. Keith & R.L. Day (Eds.), *Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*. Bloomington, IN: Indiana University School of Business, 26-30.
- Van Ackere, A., & Smith, P.C. (1999). Towards a macro model of National Health Service waiting lists. *System Dynamics Review*, 15(3), 225-252.
- Venkatesan, M., & Anderson, B.B. (1985). Time budget and consumer services. In T.M. Bloch, G.D. Upah & V. Zeithaml (Eds.), *Services Marketing in a Changing Environment*. Chicago: American Marketing Association.
- Vermeulen, K.M., Bosma, O.H., Van der Bij, W., Joeter, G.H., & TenVerget, E.M. (2005). Stress, psychological distress and coping in patients on the list for lung transplantation: an exploratory study. *Transplant International*, 18, 954-959.
- Vinagre, M.H., & Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 87-103.
- Wakefield, K.L., & Blodgett, J.G. (1999). Customer response to intangible and tangible service factors. *Psychology and Marketing*, 16(1), 51-68.
- Weber, K. (1997). Assessment of tourist satisfaction using the expectancy disconfirmation theory: A study of German travel market in Australia. *Pacific Tourism Review*, 1, 35-45.
- Weiner, B. (1983). Some methodological pitfalls in attributional research. *Journal of Educational Psychology*, 75(4), 530-543.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement-related emotion and motivation. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
- Weiner, B. (2000). Reflections and Reviews. Attributional Thoughts about Consumer Behaviour. *Journal of Consumer Research*, 27, 382-387.
- Westbrook, R. A., & Reilly M.D. (1983). Value-Percept Disparity: An Alternative to the Disconfirmation of Expectations Theory of Consumer Satisfaction. In R. P. Bagozzi & A. M. Tybout (Eds.), *Advances in Consumer Research*, vol. 10. Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, 256-261.
- Westbrook, R.A. (1980). A rating scale for measuring product/service satisfaction. *Journal of Marketing*, 44, 68-72.
- Westbrook, R.A. (1987). Product/consumption-based affective responses and postpurchase processes. *Journal of Marketing Research*, 24, 258-270.
- Westbrook, R.A., & Newman, J.W. (1978). An analysis of shopper dissatisfaction for major household appliances. *Journal of Marketing Research*, 15, 456-466.
- Westbrook, R.A., & Oliver, R.L. (1991). The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 18(3), 84-91.
- Wong, P. T., & Weiner, B. (1981). When people ask "why" questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality & Social Psychology*, 40, 650-663.
- Wong, A. (2004). The role of emotional satisfaction in service encounters. *Managing Service Quality*, 14(5), 365-376.

- Woodruff, R.B. (1997). Customer value: the next source for competitive advantage. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25(2), 139-153.
- Woodruff, R.B., Cadotte, E.R., & Jenkins, R.L. (1983). Modelling customer satisfaction processes using experience-based norms. *Journal of Marketing Research*, 20, 296–304.
- Yates, J. (1987). *Why are we waiting?* Oxford: Oxford University Press.
- Yen, H.R., Gwinner, K., & Su, W. (2004). The impact of customer participation and service expectation on Locus attribution following service failure. *International Journal of Service Industry Management*, 15(1), 7-26.
- Yi, Y. (1990). A critical review of consumer satisfaction. In V.A. Zeithaml (Eds.), *Review of Marketing*. Chicago, IL: American Marketing Association, 68-123.
- Young, C.J., Sweeney, J.L., & Hunter, A. (2000). Implications of delayed diagnosis in colorectal cancer. *ANZ Journal of Surgery*, 70, 635–638.
- Yu, Y.T., & Dean, A. (2001). The contribution of emotional satisfaction to consumer loyalty. *International Journal of Service Industry Management*, 12(3), 234-250.
- Yuksel, A., & Rimmington, M. (1998). Customer-Satisfaction Measurement. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 39(6), 60-70.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1993). *Servire qualità*. Milano: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V., & Bitter, M.J. (2002). *Il marketing dei servizi*. Milano: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L., (1990). *Delivering quality service*. New York: The Free press.
- Zeithaml, V.A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 60, 31-46.
- Zeithaml, V.A., & Bitner, M.J. (1996). *Services Marketing*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L., & Parasuraman, A., (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21, 1–12.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., & Malhotra, A. (2000). A conceptual framework for understanding e-service quality: implication for future research and managerial practice. *Working Paper, Marketing Science Institute, Report n. 00-115*.
- Zuckerman, M. (1979). Attribution of success and failure revisited, or the motivational bias is alive and well in attribution theory. *Journal of Personality*, 47, 245-287.

