

Non solo tempi di attesa: la soddisfazione per i servizi sanitari dal punto di vista dei cittadini

Maria Augusta Nicoli*, Luigi Palestini*, Sara Capizzi**, Laura Biagetti**

*Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna; **Azienda USL Bologna

Riassunto. Il contributo approfondisce il tema della valutazione dei servizi sanitari dal punto di vista dei cittadini e la questione che attiene ai tempi di attesa nella Regione Emilia-Romagna. A questo proposito sono stati predisposti tre studi orientati a verificare la presenza di gruppi di popolazione con atteggiamenti differenziati rispetto alla salute e all'uso dei servizi.

I risultati indicano che la valutazione dei soggetti sulla lunghezza dei tempi di attesa e sulla loro tollerabilità non corrisponde totalmente a una misurazione 'oggettiva' dell'attesa, ma è correlata alla propria flessibilità temporale, con aspetti e implicazioni diversi a seconda degli attori in questione, dei loro ruoli sociali, dei loro progetti e del loro vissuto rispetto alla malattia.

Parole chiave. Accesso ai servizi, liste d'attesa, qualità percepita.

Classificazione JEL. I10, I14, I18.

Abstract. This article explores the topic of healthcare services evaluation and the issue of waiting times from the perspective of the citizens living in Emilia-Romagna. In this regard, we conducted three studies in order to verify the presence of population groups with different attitudes regarding healthcare and use of services.

The results show that the subjects' assessment and tolerance of waiting times do not correspond to an entirely 'objective' evaluation of waiting times: the assessment is related to the time flexibility of a person that has different features and implications depending on the involved players, their social roles, their projects and their experience regarding their own diseases.

Key words. Access to services, perceived quality, waiting lists.

JEL classification. I10, I14, I18.

1. Introduzione

Questo contributo si inserisce all'interno di un filone di studi condotti in Emilia-Romagna dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (Capizzi et al, 2004) con lo scopo di approfondire due temi entrambi cruciali nella fruizione dei servizi sanitari e spesso al centro dell'opinione pubblica. Ci riferiamo da un lato al tema della valutazione dei servizi sanitari dal punto di vista dei cittadini che ne fruiscono e dall'altra alla questione che attiene ai tempi di attesa.

Va sottolineato che quando si parla di tempi di attesa in realtà si fa riferimento generalmente ad un solo tempo di attesa, come testimonia la letteratura particolarmente copiosa sull'argomento, comunemente noto come 'lista di attesa', e che coincide con il tempo che va dalla prenotazione alla prestazione.

Come sintetizzato da Grilli (2003), il fenomeno presenta diverse sfaccettature in funzione delle chiavi interpretative considerate e l'autore identifica tre possibili interpretazioni:

- squilibrio tra domanda e offerta di servizi, che porta ad aumentare le risorse per riequilibrare l'offer-

ta in funzione della quantità dei bisogni assistenziali (veri o presunti) espressi dalla popolazione. Si è tuttavia constatato che politiche sanitarie orientate all'incremento delle risorse (aumento dei volumi di offerta) non sono in grado di garantire – se non nell'immediato – l'eliminazione delle liste di attesa, che rapidamente si riproducono;

- razionalità clinica, ovvero le liste d'attesa sono considerate come il risultato dell'applicazione di criteri clinici di selezione dell'accesso a specifici interventi e servizi. In quest'ottica, il fenomeno delle liste d'attesa non rappresenta necessariamente un aspetto negativo nel contesto delle relazioni tra domanda e offerta di servizi sanitari da una parte e bisogni assistenziali della popolazione dall'altra, quanto piuttosto un fenomeno che necessita di essere governato e regolato. Un buon sistema sanitario non è quello che offre tutto subito, ma quello che mette al centro dell'attenzione i principi di appropriatezza e priorità clinica;
- funzionalità organizzativa, secondo cui il fenomeno è considerato come una condizione necessaria al mantenimento della piena operatività dei servi-

zi. In questa ottica le liste d'attesa rappresentano una riserva fisiologica di pazienti disponibili al trattamento, dalla quale attingere nei momenti di minore attività.

Conseguentemente ad una lettura che possiamo definire molto centrata sul versante interno all'organizzazione sanitaria, le strategie messe in campo hanno operato in base al principio che un buon servizio sanitario non è quello che offre tutto subito, ma che acquisisce gli strumenti (culturali, organizzativi, tecnici) per selezionare l'offerta appropriata in funzione della domanda. In questa direzione si è andata delineando la posizione dei tecnici che hanno messo a punto indicazioni stringenti per il sistema sanitario sollecitando strategie centrate in primo luogo sulla domanda, orientando quindi l'azione dei professionisti verso l'appropriatezza della richiesta/invio e sul quando e sul chi ha diritto di accedere alla prestazione.

Contestualmente si è andata formando un'opinione pubblica che ha fatto delle liste di attesa uno degli indicatori principali di malasanità. In parallelo alle considerazioni dei tecnici, sono stati raccolti dati per rilevare il grado di soddisfazione delle prestazioni ricevute tra cui anche valutazioni in merito ai tempi di attesa che hanno alimentato e polarizzato i giudizi negativi attorno alle liste di attesa. A conferma di ciò sono eloquenti i giudizi volontariamente riferiti dagli intervistati, in cui viene sinteticamente ricondotto il mal funzionamento dei servizi, qualunque esso sia, alla lapidaria affermazione causale: le 'liste d'attesa'.

Il cortocircuito che si è creato tra l'insoddisfazione per 'le liste di attesa' e la conseguente deduzione che la sanità non funziona è diventato il problema. Problema che ha portato gli amministratori di fronte alle pressioni dei cittadini o meglio di una opinione pubblica uniformemente compatta nel giudizio negativo sul funzionamento dei servizi sanitari, a sollecitare risposte tese ad incrementare l'offerta dei servizi ritenuti insufficienti (vedi anche le disposizioni emanate sull'attività liberoprofessionale) e a richiedere un incremento delle soluzioni tecniche per il perfezionamento dei dispositivi organizzativi o ordini locali per rendere più efficace la regolazione dell'accesso (potenziamento delle modalità di prenotazioni gestite direttamente online, etc).

A nostro avviso è stata oscurata una serie di quesiti che permetterebbe di ricondurre il tema delle liste di attesa all'interno del governo complessivo della traiettoria di accesso ai servizi (Bruni et al, 2007) e di comprendere che al governo della traiettoria contribuiscono sia i tecnici sia i cittadini.

In particolare l'interesse dovrebbe rivolgersi maggiormente sulla domanda che viene formulata ai servizi che, come ha tratteggiato in un recente contributo Olivetti Manoukian (2008), va reinterpretata

attraverso un nuovo paradigma non più riconducibile alla dinamica dell'offerta e della richiesta.

La prospettiva da cui prendono avvio le indagini che verranno esposte è quella che pone in primo piano il punto di vista soggettivo dei cittadini per collocare la domanda di accesso ai servizi, in questo caso alla specialistica ambulatoriale, nella traiettoria di un percorso che può assumere significati diversi e quindi gradi di tolleranza ai tempi di attesa in stretta relazione alle caratteristiche dei cittadini. Per entrare maggiormente nel vivo della nostra riflessione, intendiamo dire che è sufficiente condurre analisi un po' più approfondite in grado di disaggregare e stratificare il giudizio espresso dai cittadini, per scoprire che esso è solo apparentemente uniforme.

In definitiva, assumere il punto di vista dei cittadini, nel senso di esplorare la formulazione del giudizio come espressione di una visione prospettica specifica, poiché inserita nella quotidianità e nella vita delle persone, può svelare aspetti rilevanti per le scelte di politica pubblica.

Se per i tecnici la questione è governare in modo appropriato la dinamica tra domanda ed offerta, per i cittadini la tematica dei tempi di attesa si inserisce in una visione del mondo in cui salute e malattia sono dimensioni sì cruciali, ma con risvolti e pesi diversi a seconda di come si situano nella loro esistenza. La questione, quindi, non è solo se la domanda sia inappropriata in senso tecnico (clinico e organizzativo): ci sono infatti alcuni indizi che sollecitano a considerare con più attenzione, a partire dalle trasformazioni in atto nella domanda, il significato che questa attesa oggi assume nella biografia delle persone e che fa sì che non solo le 'liste di attesa' in quanto tali possano fornire informazioni utili sull'organizzazione come indicatori di efficacia e azioni di miglioramento, ma che anche altri elementi che compongono il percorso di cura assumano diverse valenze, impatti, valutazioni nella fruizione del servizio.

2. Non è solo una questione di 'tempo di attesa'

Per iniziare a rispondere ai quesiti sopra esposti, è stata svolta una serie di indagini su un campione di utenti afferenti alle strutture ambulatoriali di un'azienda rappresentativa del territorio regionale. La domanda attorno a cui sono stati sviluppati gli studi che qui verranno presentati verteva sulla necessità di disaggregare l'utenza rispetto ad una ipotesi che fondamentalmente richiama i lavori di Suchman (1966) in cui vengono tratteggiati due diversi gruppi di pazienti: da un lato si riconoscono i '*cosmopoliti*', che si caratterizzano con un approccio alla medicina di tipo 'scientifico', e dall'altro i '*parochial*', che hanno un approccio di tipo 'popolare'. Sono studi con-

dotti negli anni Sessanta, ma che possono essere considerati anticipatori delle riflessioni più recenti condotte da Bauman in cui si tratteggiano dei profili di popolazione identificati in 'globali' e 'locali'.

A questo proposito sono stati predisposti tre studi orientati a verificare la presenza di gruppi di popolazione con atteggiamenti differenziati rispetto alla salute e all'uso dei servizi, gruppi che potrebbero per certi versi essere considerati già a monte come contrapposti in base alla scelta della struttura a cui si rivolgono per l'erogazione della prestazione.

Con il primo studio, svolto su un sottocampione di utenti afferenti alle *strutture ambulatoriali ospedaliere* pubbliche dell'azienda in esame, si è analizzato il giudizio relativo alla qualità della prestazione ricevuta da parte dei cittadini. Con il secondo studio si è voluto verificare la persistenza dei risultati ottenuti nello studio precedente: a tale scopo nella stessa azienda in cui si è analizzato il giudizio di cittadini che si rivolgevano alle strutture ospedaliere per prestazioni specialistiche ambulatoriali, si è proceduto a riproporre la stessa indagine prendendo in considerazione i cittadini che si rivolgevano alle *strutture ambulatoriali territoriali* (distrettuali) del servizio pubblico. Infine, il terzo studio è stato effettuato presso *strutture ambulatoriali private* dello stesso territorio indagato precedentemente.

La ricerca si basa pertanto su una serie di rilevazioni di qualità percepita rispetto a diverse tipologie di servizi sanitari che a loro volta si rivolgono a tipologie di utenza differenti tra loro per caratteristiche sociodemografiche, nella prospettiva di individuare quali aspetti da migliorare emergano per ciascuna di esse. Si tratta di un confronto volutamente orientato a includere campioni relativamente autoselezionati in base alla scelta del servizio a cui rivolgersi, in modo da verificare l'eventuale trasversalità di alcuni elementi che vanno a incidere sulla soddisfazione degli utenti o l'emergere di peculiarità.

3. Metodologia

La metodologia utilizzata negli studi sopradescritti è la medesima. È stato predisposto un questionario, suddiviso in sezioni che ripercorrono le diverse fasi della prestazione specialistica ambulatoriale (prenotazione, accesso, erogazione e refertazione), mediante il quale vengono indagate le seguenti dimensioni di qualità:

- rapporto con il professionista (tempo dedicato all'utente, gentilezza e cortesia del personale);
- caratteristiche strutturali e accessibilità (disponibilità di parcheggi, segnaletica interna della struttura, pulizia degli ambienti, comfort degli ambienti);
- informazioni ricevute (informazioni sulla diagnosi

e le condizioni di salute, informazioni sullo svolgimento della prestazione);

- tempi di attesa (tempo trascorso tra prenotazione e prestazione, tempo trascorso tra ora prevista dell'appuntamento e ora effettiva della visita);
- soddisfazione generale per la prestazione ricevuta.

È prevista inoltre una sezione che raccoglie i dati socio-anagrafici dell'utente e una parte per esprimere liberamente suggerimenti e proposte di miglioramento.

Il questionario è stato somministrato tramite intervista telefonica ad un campione di utenti afferenti a un'azienda sanitaria della Regione Emilia-Romagna. Per poter contattare telefonicamente i pazienti, questi hanno preventivamente fornito il loro consenso all'intervista tramite compilazione (al momento dell'accettazione e quindi prima della prestazione) di un modulo di liberatoria e unitamente alla distribuzione di materiale informativo sull'iniziativa di indagine.

Gli utenti sono stati contattati ed intervistati telefonicamente 10-15 giorni dopo la prestazione. È infatti consigliabile che intercorrano all'incirca 2 settimane tra la data dell'erogazione del servizio e quella della valutazione, per evitare distorsioni di valutazione dovute alla troppa vicinanza 'emotiva' all'evento o alla dimenticanza dell'evento stesso.

Le interviste telefoniche sono state effettuate da personale adeguatamente preparato ed esterno ai servizi valutati e supportate da sistemi automatici di registrazione delle risposte (CATI).

3.1. Campionamento

La grandezza del campione è stata calcolata in base alla grandezza dell'universo di riferimento, ovvero sulla base del numero di persone (teste¹) che, nei 12 mesi precedenti all'indagine, hanno usufruito delle prestazioni. Per il calcolo della dimensione campionaria è stato necessario avere il numero di persone che negli ultimi 12 mesi ha fruito delle prestazioni divisi per le diverse strutture, per le unità operative di ogni struttura e per regime di utilizzo del servizio (privato o privato accreditato). Si è utilizzato un campione causale semplice (senza reimmissione) con 95% di livello di confidenza del 5% come errore di precisione nella stima. Una volta definito, il campione è stato ripartito in modo proporzionale (stratificato) tra:

- le strutture partecipanti,
- le diverse unità operative,
- il regime di utilizzo del servizio (privato, privato accreditato, tramite assicurazione o cassa mutua).

¹Per 'teste' si intende il numero di utenti e non di accessi, in quanto questi ultimi possono essere compiuti da uno stesso utente che usufruisce più volte degli stessi servizi.

Qualora a seguito di tali ripartizioni il numero di interviste da realizzare per alcune unità operative risulti particolarmente basso, per permettere comunque la comparabilità dei dati si è stabilito un numero minimo di 50 interviste per ogni unità operativa.

3.2. Trattamento ed elaborazione dei dati

L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ha fornito il database nel formato elettronico più opportuno per le strutture (Excel, Access o SPSS), una formazione di base sulle accortezze e i criteri da rispettare in fase di codifica e immissione dati (così come relativamente all'archiviazione dei cartacei e dei file informatici), si è occupata dell'elaborazione, dell'interpretazione dei dati e della stesura del report di ricerca. L'elaborazione dei dati è stata effettuata tramite il software SPSS. Tutti i dati sono stati trattati in forma aggregata e garantito l'assoluto anonimato degli intervistati; le strutture coinvolte nell'indagine si sono fatte carico della tutela della privacy sui dati raccolti attraverso le liberatorie.

4. Primo studio: gli utenti delle strutture ambulatoriali ospedaliere

Il primo studio, come detto in precedenza, è stato condotto presso strutture ambulatoriali ospedaliere di un'azienda sanitaria della Regione Emilia-Romagna (si veda a questo proposito Capizzi et al, 2004) e sono stati intervistati, tramite questionari strutturati, gli utenti che avevano effettuato una prestazione (visita/esame/terapia ambulatoriale e diagnostica) presso tali strutture. Sono stati considerati pertanto gli utenti che hanno ottenuto una prestazione e quindi che costituiscono quella fascia di popolazione che ha ottenuto una risposta, per un totale di 3324 partecipanti. Si evidenzia che non tutti i partecipanti hanno risposto alla totalità delle domande presenti nello strumento: tuttavia il numero di dati mancanti non inficia la rappresentatività del campione, anche considerando che alcuni item non vengono compilati quando non strettamente applicabili al caso della persona intervistata (le successive analisi sui dati raccolti tengono conto di questo aspetto).

Ma come hanno gestito il percorso, quali sono le aspettative sottostanti alla richiesta e soprattutto chi sono i cittadini che hanno aspettato e quanto?

Come si può vedere dalle analisi descrittive sul campione (tabella 1), si tratta per lo più di uomini e donne con un'età media di circa 57 anni, in larga parte non occupati. Per più della metà del campione il tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione è stato inferiore a un mese, e parallelamente più della metà del campione ha aspettato per meno di un quarto d'ora in sala d'attesa il momento della prestazio-

ne. Va tuttavia segnalato che più di un quarto del campione riceve una prenotazione a distanza di più di due mesi, e un partecipante su dieci segnala di aver atteso più di un'ora rispetto all'orario prefissato per la prestazione. Il livello di soddisfazione generale per la prestazione ricevuta espresso dai partecipanti risulta mediamente elevato ($M = 5,14$; $ds = 0,87$; range 1-6).

Per questa tipologia di cittadini il livello di soddisfazione/tolleranza verso l'attesa risulta piuttosto alto: come prevedibile la soddisfazione diminuisce man mano che il tempo di attesa viene percepito come inadeguato, ma non si tratta dell'unica variabile che incide sulla qualità percepita della prestazione ricevuta. I risultati dell'analisi di regressione gerarchica effettuati sul nostro campione (tabella 2) indicano che i tempi di attesa, sia quello tra prenotazione e prestazione sia quello tra ora prevista e ora effettiva della prestazione, sono predittori significativi della diminuzione di soddisfazione quando considerati di per sé. Tuttavia, i dati indicano che nel momento in cui si introducono nel modello altre variabili il quadro si modifica e l'importanza dei tempi di attesa si riduce sensibilmente. Tra le variabili che influenzano in misura maggiore la soddisfazione dell'utenza si evidenziano in particolar modo quelle riconducibili allo svolgimento della prestazione vero

Tabella 1 - Analisi descrittive sul campione del contesto ospedaliero

	Media	Deviazione standard
Età (anni)	56,69	15,70
	N	Percentuale valida
Occupazione		
Operaio	146	4,4
Impiegato	538	16,2
Imprenditore/libero professionista/ dirigente/artigiano	262	7,9
Pensionato	1732	52,1
Casalinga	316	9,5
Disoccupato	45	1,4
Altro	283	8,5
Tempo prenotazione/prestazione		
Entro 1 mese	1692	58,5
Entro 2 mesi	422	14,6
>2 mesi	777	26,9
Tempo ora appuntamento/ora visita		
<15 minuti	1941	58,4
15-30 minuti	657	19,8
30-60 minuti	388	11,7
>60 minuti	336	10,1

e proprio: in prima battuta le informazioni ricevute sulla diagnosi, in secondo luogo il tempo dedicato dal professionista e la gentilezza del personale sanitario. Si tratta di elementi a sostegno del rapporto con il professionista che in particolare è, in questo caso, lo specialista che comunica diagnosi e condizioni di salute durante e dopo la prestazione, più che il medico di famiglia che nel fare la richiesta mette al corrente il cittadino circa le ragioni e le modalità della stessa². Non si riscontrano invece effetti dovuti a variabili strutturali (se non un debole effetto della disponibilità di parcheggi) né all'età o allo status occupazionale dei partecipanti.

In questo primo contesto emerge pertanto una sorta di filo rosso, che collega il tempo dedicato dal medico alle sue qualità relazionali di gentilezza e cortesia, e che conduce al più ampio tema del rapporto medico-paziente. È opportuno sottolineare che operare su questo tempo significa abbracciare una diversa prospettiva di intervento in sanità: il tempo con il medico non è da intendere solo come un tempo di attesa da contrarre, ma anche e soprattutto come un tempo di relazione che i cittadini che si rivol-

gono ai servizi ambulatoriali ospedalieri sembrano volere più incisivo.

Il campione è stato successivamente sottoposto a un'analisi dei cluster (tabella 2), basata su alcune variabili sociodemografiche (fascia d'età, status occupazionale, esperienze precedenti nella struttura, motivo per la scelta della struttura), che hanno consentito di individuare alcuni profili:

- *novizi under 60*: ancora lavoratori, sono alla prima esperienza nella struttura e si sono basati soprattutto sul consiglio di amici e parenti;
- *novizi over 60*: pensionati, alla prima esperienza nella struttura (scelta spesso su consiglio del medico);
- *abituali under 60*: ancora lavoratori, tornano nella struttura principalmente per la vicinanza;
- *abituali over 60*: pensionati, tornano nella struttura soprattutto per la competenza dei professionisti.

Si tratta di quadri ben precisi, in cui possiamo distinguere due macrocategorie che a loro volta si suddividono in funzione dell'età. Da un lato abbiamo due gruppi di utenti che potremmo definire 'clienti abituali': i più giovani, che svolgono ancora attività lavorativa, si rivolgono alla struttura ospedaliera per un criterio di vicinanza, mentre i più anziani – che

²Nel 53% dei casi la richiesta di prestazione è effettuata tramite medico curante e nel 33% dallo specialista.

Tabella 2 - Variabili predittive della soddisfazione per la prestazione nel contesto ospedaliero

	Soddisfazione generale per la prestazione ricevuta				
	Modello 1	Modello 2	Modello 3	Modello 4	Modello 5
Blocco 1					
Tempo prenotazione-prestazione	,137***	,105***	,061*	,057*	,057**
Tempo ora appuntamento-ora visita	,254***	,169***	,102***	,082***	,084***
Blocco 2					
Informazioni sulla diagnosi		,529***	,254***	,255***	,256***
Informazioni sulla prestazione		,068*	,037	,030	,028
Blocco 3					
Tempo dedicato dal professionista			,201***	,184***	,184***
Gentilezza e cortesia del personale			,375***	,353***	,354***
Blocco 4					
Disponibilità parcheggi				,067**	,068**
Segnaletica interna				,003	,001
Pulizia ambienti				,044	,045
Comfort ambienti				,037	,036
Blocco 5					
Età					-,029
Status occupazionale					-,030
<i>R</i> ²	,096	,377	,536	,544	,544
<i>F</i>	68,550***	194,434***	247,198***	153,547***	128,132***
<i>Df</i>	1277	1275	1273	1269	1267
Cambiamento <i>F</i>	68,550***	289,359***	219,465***	6,576*	1,026

****p* <,001; ***p* <,01; **p* <,05.

Tabella 3 - Analisi dei cluster sul contesto ospedaliero

	Percentuale cluster 1	Percentuale cluster 2	Percentuale cluster 3	Percentuale cluster 4
Età				
≤60 anni	39,0	20,7	40,3	0,0
>60 anni	2,9	43,3	0,0	53,8
Status occupazionale				
Occupato	64,2	0,0	35,8	0,0
Non occupato	5,1	43,9	15,4	35,6
Prima volta in questo ambulatorio?				
Sì	37,5	62,5	0,0	0,0
No	6,3	0,0	42,6	51,1
Motivo per la scelta				
Consiglio del medico	20,7	44,7	16,3	18,3
Consiglio di amici/parenti	42,3	22,6	22,1	13,0
Competenza struttura/professionista	12,4	23,1	29,8	34,7
Vicinanza	13,1	25,1	31,0	30,8
Tempi di attesa più brevi	29,1	46,4	14,0	10,4
Altro	47,2	19,6	0,0	33,2

presumibilmente avvertono la pressione temporale in misura minore – si rivolgono alla struttura perché sanno che qui possono trovare una prestazione offerta da professionisti competenti; in altri termini, quando l'incastro del tempo dedicato alla salute con quello dedicato al lavoro non è più un problema, sembra che sia la qualità della prestazione a divenire centrale. Dall'altro lato troviamo un macrogruppo di utenti 'novizi', che basano la scelta della struttura sulle indicazioni attinte dalla propria rete sociale di riferimento (amici e parenti per i più giovani, il medico per i più anziani).

È interessante notare che la valutazione della soddisfazione per la prestazione ricevuta varia notevolmente attraverso questi quattro gruppi (figura 1): è stata effettuata un'analisi della varianza per confrontare i gruppi tra loro e i risultati mostrano che mentre gli utenti abituali più anziani sono significativamente più soddisfatti degli altri ($M = 5,25$; $ds = 0,77$), per contro sono i 'novizi' più giovani a riportare un livello più basso di soddisfazione ($M = 5,02$; $ds = 0,94$), $F(3, 3316) = 11,67$, $p = ,000$, $\eta^2 = ,01$; sebbene si stia parlando di valori comunque molto elevati di soddisfazione, non è difficile immaginare che questo possa portarli a cambiare struttura sanitaria in futuro, e pensare che per questo gruppo la soddisfazione non derivi soltanto dalla qualità dell'assistenza ricevuta.

In sostanza lo spaccato che emerge da queste prime indagini apre alcuni quesiti sulle relazioni esistenti tra le caratteristiche dei cittadini e le valutazioni espresse come predittori di identikit o tipologie di soggetti tra loro differenziati in base ad orientamenti verso il servizio che potrebbero essere alla base di domande e quindi di utilizzo dei servizi diversificati.

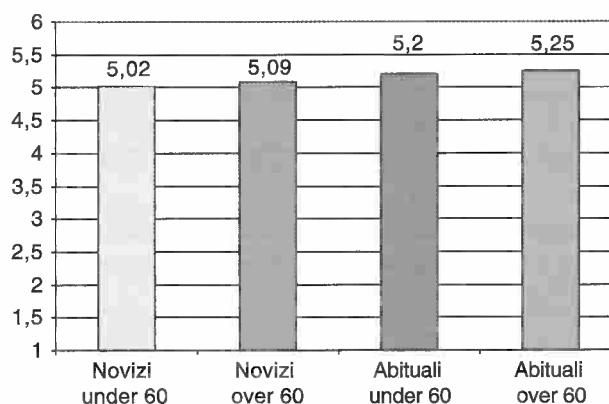


Figura 1 - Differenze di soddisfazione tra i cluster individuati nel contesto ospedaliero.

Da qui la necessità di verificare i risultati ottenuti variando le tipologie di struttura per cogliere fasce di popolazione non comprese nel campione precedentemente indagato, che pur rappresenta uno spaccato importante in quanto rispecchia la composizione demografica regionale.

5. Secondo studio: gli utenti delle strutture ambulatoriali territoriali

Nel secondo studio sono stati considerati gli utenti afferenti alle strutture ambulatoriali territoriali (distrettuali) del servizio pubblico appartenenti allo stesso territorio dello studio precedente, coinvol-

gendo 3043 partecipanti. Anche in questo caso non tutti i partecipanti hanno risposto alla totalità delle domande presenti nello strumento; restano valide a questo proposito le considerazioni sulla rappresentatività del campione fatte nel paragrafo 4.

Si riconferma, per quanto concerne i dati socioanagrafici, l'identikit tratteggiato nello studio precedente (tabella 4): l'età media del campione è appena inferiore ai 60 anni e il gruppo è composto per più della metà da pensionati e non occupati. Rispetto ai tempi di attesa, poco più della metà del campione ha ricevuto la prestazione entro un mese dalla prenotazione, ma in questo caso cambiano i tempi in sala d'attesa: più del 90% degli intervistati ha atteso un massimo di 30 minuti per la prestazione. Anche in questo campione il livello medio di soddisfazione generale per la prestazione ricevuta risulta elevato ($M = 5,18$; $ds = ,72$; range 1-6).

È stata dapprima effettuata un'analisi di regressione gerarchica (tabella 5) per individuare quali tra le componenti indagate incidessero maggiormente sulla soddisfazione per la prestazione ricevuta. I dati mostrano come anche in questo caso, se inseriamo nel modello tutte le componenti misurate, le variabili che hanno un peso maggiore sono il tempo dedicato dal professionista, la gentilezza e cortesia dei medici e del personale, le informazioni sulla diagnosi e le condizioni di salute e le informazioni su come si

svolge la prestazione ricevuta. I tempi di attesa incidono in misura nettamente minore nel quadro complessivo e si tratta soltanto del tempo trascorso in sala d'attesa, che può essere definito come un tempo particolare – un tempo 'in sospeso' con connotazioni anche a sfondo emotivo.

I risultati evidenziano pertanto una coerenza con quanto già rilevato dalle indagini sui cittadini degli ambulatori pubblici dell'ospedale, che conduce al più ampio tema del rapporto medico-paziente in cui il tempo non va considerato come risorsa da spreca-re nella minor misura possibile, ma piuttosto come tempo di qualità, in cui il paziente non solo trova informazioni sulle proprie condizioni ma è 'accolto' dal personale della struttura.

Successivamente è stata effettuata un'analisi dei cluster sulle variabili sociodemografiche (tabella 6), che ha restituito due profili – anziché quattro come nello studio sul contesto ospedaliero:

- *lavoratori* (con meno di 60 anni);
- *pensionati* (più di 60 anni).

Al contrario di quanto visto in precedenza, i due profili si distinguono tra loro solo per l'età e lo status occupazionale, mentre non si riscontrano particolari differenze in termini di uso abituale versus primo utilizzo della struttura né di motivazione per la scelta della struttura stessa. L'analisi della varianza sulle differenze di soddisfazione espressa dai due gruppi per la prestazione ottenuta mostra come questi differiscono significativamente (figura 2), in quanto il gruppo dei pensionati esprime un livello di soddisfazione maggiore ($M = 5,22$; $ds = ,69$) rispetto ai lavoratori ($M = 5,10$; $ds = ,77$), $F(1, 3041) = 18,446$, $p = ,000$, $\eta^2 = ,01$. Si ripropone in parte quanto emerso nello studio sulle strutture ospedaliere, sebbene in modo meno netto: anche qui possiamo immaginare come il grado di soddisfazione della popolazione pensionata sia meno influenzato dalla pressione temporale data dalla conciliazione tra tempo dedicato al lavoro, a se stessi e alla famiglia, e si incentri maggiormente sulla qualità percepita della prestazione.

6. Terzo studio: gli utenti delle strutture private

Il terzo studio, che ha riproposto la metodologia dei precedenti ma è stato rivolto a utenti di strutture sanitarie private, ha visto la partecipazione di un campione più ristretto ($n = 629$). Come nei casi precedenti, non tutti i questionari sono stati compilati interamente (si vedano i commenti al riguardo nei paragrafi 4 e 5).

Anche dal punto di vista delle caratteristiche socioanagrafiche (tabella 7) si riscontrano alcune dif-

Tabella 4 - Caratteristiche sociodemografiche del campione nel contesto territoriale

	Media	Deviazione standard
Età (anni)	57,77	17,30
	N	Percentuale valida
Occupazione		
Operaio	147	4,8
Impiegato	503	16,5
Imprenditore/libero prof./ dirigente/artigiano	217	7,1
Pensionato	1619	53,2
Casalinga	284	9,3
Disoccupato	30	1,0
Altro	243	8,0
Tempo prenotazione/prestazione		
Entro 1 mese	1652	54,9
Entro 2 mesi	621	20,6
>2 mesi	606	20,1
Non sa/non risponde	132	4,4
Tempo ora appuntamento/ora visita		
<15 minuti	2305	75,7
5-30 minuti	505	16,6
30-60 minuti	173	5,7
>60 minuti	60	2,0

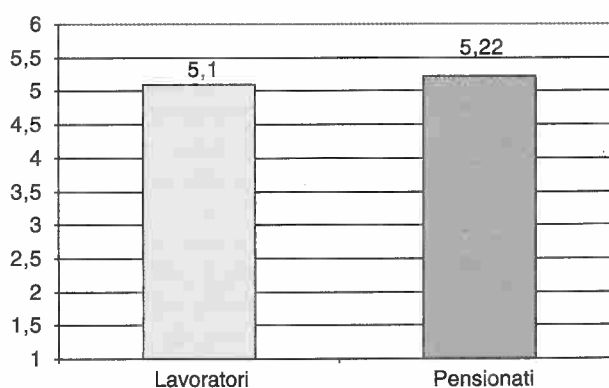
Tabella 5 - Variabili predittive della soddisfazione per la prestazione nel contesto territoriale

	Soddisfazione generale per la prestazione ricevuta				
	Modello 1	Modello 2	Modello 3	Modello 4	Modello 5
Blocco 1					
Tempo prenotazione-prestazione	,047	,030	,011	,007	,010
Tempo ora appuntamento-ora visita	,220***	,182***	,069**	,063**	,062**
Blocco 2					
Informazioni sulla diagnosi		,448***	,219***	,223***	,224***
Informazioni sulla prestazione		-,037	,049	,050*	,048*
Blocco 3					
Tempo dedicato dal professionista			,208***	,193***	,191***
Gentilezza e cortesia del personale			,420***	,412***	,411***
Blocco 4					
Disponibilità parcheggi				,085***	,085***
Segnaletica interna				-,020	-,020
Pulizia ambienti				-,042	-,039
Comfort ambienti				,058	,053
Blocco 5					
Età					,008
Status occupazionale					,033
R^2	,053	,256	,478	,484	,485
F	32,552***	97,884***	173,523***	106,918***	89,448***
Df	1127	1125	1123	1119	1117
Cambiamento F	32,552***	154,357***	241,203***	4,118**	1,563

*** $p < ,001$; ** $p < ,01$, * $p < ,05$.

Tabella 6 - Analisi dei cluster sul contesto territoriale

	Percentuale cluster 1	Percentuale cluster 2
Età		
≤ 60 anni	69,1	30,9
> 60 anni	0,0	100,0
Status occupazionale		
Occupato	91,7	8,3
Non occupato	0,0	100,0
Prima volta in questo ambulatorio?		
Sì	39,8	60,2
No	28,0	72,0
Motivo per la scelta		
Consiglio del medico	33,5	66,5
Consiglio di amici/parenti	43,3	56,7
Competenza struttura/professionista	25,7	74,3
Vicinanza	34,9	65,1
Tempi di attesa più brevi	35,9	64,1
Altro	40,0	60,0



$F(1, 3041) = 18,446$, $p = ,000$, $\eta^2 = ,01$.

Figura 2 - Differenze di soddisfazione tra i cluster individuati nel contesto territoriale.

ferenze. Quella della struttura privata è una popolazione decisamente più giovane, con un'età media di circa 53 anni; inoltre, sono molto più numerosi gli utenti con un'occupazione, mentre la percentuale dei pensionati è notevolmente più bassa rispetto al contesto delle strutture pubbliche. Anche i tempi di at-

sa si modificano rispetto agli studi precedenti: circa metà del campione aspetta meno di una settimana per avere la prestazione e 9 utenti su 10 hanno un'attesa massima di un mese, mentre l'80% degli intervistati riscontra un tempo in sala d'attesa inferiore ai 15 minuti. Rispetto al livello medio di soddisfazione

Tabella 7 - Caratteristiche sociodemografiche del campione nel contesto privato

	Media	Deviazione standard
	N	Percentuale valida
Età (anni)	52,54	28,41
Occupazione		
Occupato	347	55,2
In cerca di occupazione	8	1,3
Casalinga	68	10,8
Studente	14	2,2
Inabile al lavoro	1	0,2
Pensionato	190	30,2
Altro	1	0,2
Tempo prenotazione/prestazione		
Entro 1 settimana	291	47,6
Entro 15 giorni	120	19,6
Entro 1 mese	122	20,0
Entro 2 mesi	54	8,8
>2 mesi	24	3,9
Tempo ora appuntamento/ora visita		
<15 minuti	507	82,4
15-30 minuti	62	10,1
30-60 minuti	23	3,7
>60 minuti	23	3,7

espresso per la prestazione ricevuta, questa si conferma particolarmente elevata anche in questo caso ($M = 5,72$; $ds = ,59$; range 1-6).

L'analisi di regressione gerarchica mette in luce un quadro solo tendenzialmente simile a quanto visto in precedenza (tabella 8), con alcune differenze particolarmente significative se si considerano i diversi tipi di scelta e accesso a una struttura privata accreditata rispetto a una struttura pubblica, anche rispetto alla popolazione che abitualmente ne usufruisce.

Nello specifico se si osserva il quadro complessivo si può vedere come il blocco di variabili che influisce maggiormente sulla soddisfazione per la prestazione sia ancora una volta quello relativo alle informazioni ricevute sulla diagnosi e le condizioni di salute. Non c'è alcun effetto riconducibile alle informazioni sulla prestazione: ciò può essere influenzato dal fatto che il cittadino è soprattutto proiettato a dare una valutazione circa il luogo in cui ha ricevuto la prestazione (e quindi il contesto) piuttosto che sul percorso di cura che si snoda anche al di fuori della struttura. L'utilizzo di queste strutture sembrerebbe quindi percepito come 'slegato' da un percorso assistenziale più ampio che comprende anche l'invio da parte dei medici di medicina generale.

Tabella 8 - Variabili predittive della soddisfazione per la prestazione nel contesto privato

	Soddisfazione generale per la prestazione ricevuta				
	Modello 1	Modello 2	Modello 3	Modello 4	Modello 5
Blocco 1					
Tempo prenotazione-prestazione	,144*	,125*	,119*	,119*	,120*
Tempo ora appuntamento-ora visita	,271***	,191***	,111*	,107*	,108*
Blocco 2					
Informazioni sulla diagnosi		,613***	,559***	,591*	,591*
Informazioni sulla prestazione		-,068	-,077	-,101	-,101
Blocco 3					
Tempo dedicato dal professionista			-,037	-,090	-,090
Gentilezza e cortesia del personale			,301***	,285***	,285***
Blocco 4					
Disponibilità parcheggi				-,084	-,084
Segnaletica interna				,073	,073
Pulizia ambienti				-,256	-,257
Comfort ambienti				,301*	,302*
Blocco 5					
Età					-,006
Status occupazionale					,014
R^2	,097	,446	,513	,525	,520
F	12,168***	42,870***	37,535***	23,992***	19,802***
df	206	204	202	198	198
Cambiamento F	12,168***	65,904***	15,054***	2,266	,029

*** $p < ,001$; ** $p < ,01$; * $p < ,05$.

Tuttavia, si è visto in precedenza che le informazioni sulla diagnosi si rivelano il principale predittore della soddisfazione per la prestazione ricevuta in tutti i campioni analizzati: sembrerebbe pertanto trattarsi di un effetto trasversale e indipendente dal contesto di rilevazione (pubblico versus privato, ospedale versus distretti) e dalle caratteristiche dei rispondenti (anziani/pensionati versus giovani/lavoratori). Di conseguenza, considerato che questo effetto appare omogeneo su tutti i campioni, è plausibile basarsi sugli altri predittori più significativi – seppure secondari – per l’interpretazione dei risultati: nel contesto privato tali variabili non sono più solo quelle legate alla qualità della relazione col personale sanitario, ma si aggiungono anche quelle relative ai tempi di attesa. In particolare, il contesto privato è l’unico in cui è visibile un effetto del tempo trascorso fra prenotazione e prestazione, ovvero la cosiddetta ‘lista d’attesa’, mentre sparisce l’effetto della relazione con il medico e rimane solo quello legato alla gentilezza del personale sanitario.

Si presenta pertanto un quadro parzialmente distinto da quanto visto in precedenza, che si ricollega a quello che potremmo definire uno stereotipo dell’accesso alle strutture sanitarie: se si esclude il fatto che in qualunque struttura la qualità è sostanzialmente funzione della chiarezza ed esaustività delle informazioni sul proprio stato di salute, chi è soddisfatto del privato lo è soprattutto per il fatto che non deve aspettare troppo tempo per avere una prestazione. In altri termini, se la scelta delle strutture pubbliche – ospedaliere e distrettuali – si basa anche sulla qualità della relazione con i professionisti, la scelta del privato è ancora una scelta basata in larga misura sulla velocità nell’erogazione della prestazione.

Tale interpretazione dei dati trova un sostegno anche nei risultati emersi dall’analisi dei cluster (tabella 9): in primo luogo, sebbene anche in questo caso i profili emersi siano soltanto due, si riscontrano alcuni elementi che consentono di caratterizzare maggiormente i due sottogruppi del nostro campione. Nella fattispecie troviamo:

- *lavoratori*: meno di 60 anni, occupati, più facilmente alla prima esperienza nella struttura che è stata scelta spesso per la vicinanza e i tempi di attesa ridotti;
- *pensionati*: più di 60 anni, non occupati, in misura leggermente maggiore sono utenti abituali e scelgono la struttura per la competenza dei professionisti.

Si può dire che si ripresenta in modo più chiaro il pattern visto nel contesto sanitario pubblico-territoriale: da un lato abbiamo un gruppo più giovane, che avverte in misura maggiore la pressione temporale e che, potremmo dire, “non ha tempo da perdere”, per

Tabella 9 - Analisi dei cluster sul contesto privato

	Percentuale cluster 1	Percentuale cluster 2
Età		
≤60 anni	74,3	25,7
>60 anni	9,2	90,8
Status occupazionale		
Occupato	100,0	0,0
Non occupato	0,0	100,0
Prima volta in questo ambulatorio?		
Sì	62,0	38,0
No	48,8	51,2
Motivo per la scelta		
Consiglio del medico	59,0	41,0
Consiglio di amici/parenti	56,4	43,6
Competenza struttura/professionista	42,9	57,1
Vicinanza	61,5	38,5
Tempi di attesa più brevi	60,1	39,9
Convenzione	75,0	25,0
Altro	52,6	47,4

cui si orienta anche verso uno stile di accesso ‘cosmopolita’ alle strutture sanitarie. Dall’altro abbiamo il gruppo dei pensionati, che come si è detto in precedenza si basa in misura nettamente minore sui criteri logistico-temporali e cerca piuttosto una prestazione di elevata qualità. Anche i dati emersi dal confronto tra questi due gruppi rispetto alla soddisfazione per la prestazione si pongono in linea con quanto visto finora: non si riscontra infatti alcuna differenza tra i due profili in termini di soddisfazione. Se infatti consideriamo che la scelta della struttura privata avviene principalmente per risparmiare tempo tra prenotazione e prestazione e che nei casi precedenti (strutture pubbliche) la differenza di soddisfazione si collocava regolarmente tra chi non vuole perdere tempo e chi cerca invece una prestazione di qualità, è plausibile immaginare che nel momento in cui la pressione temporale viene meno parallelamente decade anche la differenza nel grado di soddisfazione per la prestazione.

7. Discussione e conclusioni

In conclusione, allargando l’interpretazione dei dati ad un ragionamento più ampio, possiamo affermare che la valutazione dei soggetti sulla lunghezza dei tempi di attesa e sulla loro tollerabilità non corrisponde – o perlomeno non totalmente – a una misurazione ‘oggettiva’ dell’attesa, ma è correlata alla propria flessibilità temporale, intesa come possibilità/capacità di scelta sui tempi, con aspetti e implicazioni diversi a seconda degli attori in questione, dei loro ruoli sociali, dei loro progetti e del loro vis-

suto rispetto alla malattia. Alla base la duplice considerazione secondo cui da un lato i cittadini sono tutt'altro che monoliti, massa indistinta, e che, dall'altro, la malattia non esiste come "regione circoscritta di significato", separata dal resto. L'attendere non è un fatto oggettivo ma implica il disporsi degli attori verso il futuro in modi diversi, che possono variare non solo in funzione della quantità di tempo oggettivamente impiegata nell'attesa ma a seconda delle caratteristiche, dei ruoli nella società, delle situazioni di vita. In definitiva, si può ricavare come il giudizio 'sociale' sui tempi di attesa sia strettamente connesso con aspettative e orientamenti diversificati verso l'utilizzo dei servizi.

Questo pensiero è in una stretta assonanza con quanto scritto da Suchman (1966) a proposito del conflitto generato dalla presenza di tendenze contrapposte rappresentate da un lato dalla diversa appartenenza sociale ('*parochial*' versus '*cosmopolitan*') e dall'altra da un diverso orientamento verso la salute, riconducibile ad una visione che definisce '*popular*' (soggettivo, informale, personale, etc) versus '*scientific*' (oggettivo, formale, impersonale, etc).

Così gli utenti che si rivolgono al pubblico sono molto simili ai *parochial*, ovvero sono quelli stanziali e locali, e hanno un orientamento che li porta a privilegiare un rapporto di vicinanza con i professionisti e la struttura mentre gli utenti che si rivolgono alle strutture private sono i cosmopoliti con un orientamento più tecnico che ricercano chiarimenti, informazioni. Nei primi prevale un'idea di servizio atteso più connotato in termini relazionali, mentre nei secondi il servizio atteso è più di tipo 'prestazionale' e orientato al bilanciamento tra *performance* efficace e minor consumo della risorsa-tempo.

Va altresì sottolineato che le differenze socioanagrafiche spesso si riflettono in differenze di atteggiamento verso l'attesa di un servizio. Le analisi descrittive sui tre campioni in esame in questo studio indicano chiaramente come l'utenza dei servizi pubblici sia generalmente più anziana rispetto all'utenza dei servizi privati e non è difficile immaginare che chi sceglie un servizio pubblico attribuisce a priori minore importanza al tempo di attesa rispetto a chi si rivolge al privato. Coerentemente con questo, ad esempio, un precedente studio svolto nella Regione Veneto (Mariotto et al, 1999) ha evidenziato come gli utenti anziani si mostrino più inclini a "cedere il posto in fila" a utenti più giovani qualora questo non comporti rischi per la propria salute. Parallelamente, lo studio ha indicato una serie di fattori predittivi rispetto al rifiutarsi di cedere il proprio turno, tra i quali un'età media giovane e un livello elevato di istruzione. L'utenza anziana sembrerebbe quindi un'utenza più 'tollerante' rispetto alla prospettiva di dover attendere anche più a lungo del previsto per ri-

cevere la prestazione richiesta. In altri contributi emerge che non tutti i pazienti desiderano essere coinvolti attivamente e tra questi figurano gli anziani. Al contrario i pazienti più giovani e di livello medio-alto di istruzione richiedono risposte in termini di chiarificazione clinico-diagnostica con conseguente coinvolgimento nelle decisioni da prendere (Coulter, 2007). Questo dato potrebbe portare ad una possibile spiegazione ai risultati ottenuti, soprattutto quando si osserva che gli utenti over 60 sono generalmente più soddisfatti della prestazione ottenuta quando è caratterizzata dalla percezione di una buona accoglienza/relazione.

Dalla letteratura emerge inoltre un'attenzione senz'altro maggiore rispetto al passato sulle caratteristiche dei soggetti quali fattori rilevanti per comprendere le loro scelte e le loro posizioni nei confronti dei servizi. Ad esempio, nello studio condotto da Borghi (2006) si è rilevato che la soddisfazione espressa dagli utenti è un esito del percorso di cura che dipende anche da fattori esterni alla valutazione delle buone pratiche agite dai servizi. In particolare si riconosce l'influenza delle credenze e delle rappresentazioni della cura e dei servizi sanitari che gli utenti hanno. È altresì interessante a questo proposito l'analisi compiuta da Jung et al (2003) sulle caratteristiche dei pazienti come fattori predittivi delle preferenze rispetto alle cure primarie: anche in questo caso viene evidenziato il ruolo determinante delle caratteristiche dei pazienti, che molto ricordano le tipologie identificate da Suchman (1966). Le variabili più significative sono rappresentate dall'età e dal livello di istruzione. Così i più giovani desiderano un accesso diretto allo specialista, refertazioni immediate, trattamenti aggressivi, coinvolgimento nelle decisioni, che venga detta loro la verità sulle proprie condizioni e di ricevere ogni informazione dettagliata. Al contrario i pazienti anziani enfatizzano maggiormente il ruolo del medico come decisore, pongono in rilievo la necessità della continuità delle cure, considerano il proprio medico di base come guida e ripongono la propria preferenza per medici che sanno essere gentili, premurosi e amichevoli. Questa suddivisione non differisce di molto se si considera la variabile livello di istruzione. Chi ha un'istruzione elevata tende a ricercare attivamente informazioni in grado di guidare le proprie scelte così come tende a ritenerla una priorità da richiedere ai professionisti.

In definitiva quanto emerge dalle ricerche ci permette di delineare due tipologie principali di utenti che al di là delle valutazioni sui tempi di attesa esprimono due modi diversi di utilizzo dei servizi con conseguenti aspettative fortemente contrastanti. Il punto di arrivo comune di questi studi è che, nell'ottica di strategie di programmazione dei servizi che tengano conto non solo della domanda in senso tec-

nico (ovvero in riferimento all'appropriatezza clinico-organizzativa), ma anche, come accennato nell'introduzione, dei significati che oggi essa assume rispetto alle traiettorie di vita delle persone. Si può dire, in altri termini, che sia necessario pensare a una differenziazione della programmazione in modo da prendere in considerazione sia il contenuto della domanda sia le caratteristiche dell'utenza, che non può e non deve più essere vista come un blocco unico e indifferenziato, ma piuttosto come un insieme fluido in cui la domanda di prestazioni sanitarie si interseca e si arricchisce di altre esigenze, sociali, lavorative e relazionali.

Bibliografia

- Borghi L (2006), *L'accesso ai servizi socio-sanitari: i processi psicosociali connessi alla generazione di disuguaglianze nella fruizione della salute*, tesi di Dottorato di ricerca in Psicologia sociale, dello sviluppo e delle organizzazioni, Università di Bologna, XVIII ciclo.
- Bruni A, Fasol R, Gherardi S (2007), *L'accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze*, Roma, Carocci.
- Capizzi S, Nicoli MA, Antonazzo E, Cinotti R, Grilli R (2004), *Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino*, Collana Dossier 93-2004, Agenzia Sanitaria Emilia-Romagna.
- Coulter A (2007). When should you involve patients in treatment decisions? *Br J Gen Pract*, 57 (543): 771-772.
- Grilli R (2003), Tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie: problema da eliminare o fenomeno da governare?, in Fiorentini G (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino, 245-267.
- Jung HP, Baerveldt C, Olesen F, Grol R, Wensing M (2003), Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis, *Health Expect*, 6: 160-181.
- Mariotto A, De Leo D, Dello Buono M, Favaretti C, Austin P, Naylor CD (1999), Will elderly patients stand aside for younger patients in the queue for cardiac services? *Lancet*, 354: 467-470.
- Olivetti Manoukian F (2008), La domanda di sicurezza può non investire i servizi, *Animazione Sociale*, 5.
- Suchman E (1966), Health orientation and medical care, *Am J Public Health*, 56: 97-105.

Autore per la corrispondenza

Luigi Palestini, lpalestini@regione.emilia-romagna.it

Conflitto di interessi

Nessuno

Ricevuto 19 aprile 2012; accettato 25 febbraio 2013