



Università degli Studi di Salerno

Dipartimento di Scienze Aziendali/Management & Innovation Systems – DISA/MIS

Dottorato di Ricerca in Management & Information Technology

Curriculum: Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche

XXIX ciclo

TESI DI DOTTORATO IN:

**UN MODELLO DI INDAGINE DELLA PARTECIPAZIONE DEL
PAZIENTE**

***Il miglioramento del servizio sanitario tra empowerment,
co-creazione e soddisfazione***

Tutor: Chiar.mo Prof. Ing. Francesco Polese

Candidata: Ylenia Cavacece

Coordinatore: Chiar.mo Prof. Andrea De Lucia

Anno Accademico: 2015/2016

A nonna Celeste

*La conoscenza è vita con le ali.
(Khalil Gibran)*

Ringraziamenti

Il Dottorato di Ricerca è uno dei percorsi più impegnativi che abbia mai intrapreso non solo per i costanti sforzi, intellettuali e non, che richiede ma anche per la necessità di mettersi personalmente in gioco sviluppando capacità trasversali necessarie per confrontarsi con realtà e situazioni sempre nuove, mutevoli e complesse.

Giunta al termine, però, riconosco che è un'esperienza umana e scientifica altamente gratificante fecondata dall'incontro con tante persone speciali alle quali voglio esprimere la mia gratitudine.

Al mio Tutor, il Prof. Francesco Polese, che riponendo grande fiducia nelle mie capacità mi ha posto di fronte a sfide sempre nuove, facendomi superare limiti che senza il suo stimolo non avrei mai superato. A lui devo la passione per i temi di ricerca che con forte dedizione ha saputo trasmettermi.

Ai docenti del Dipartimento DISA/MIS, per i preziosi insegnamenti e per avermi accolto in un ambiente cordiale e disponibile.

Ai miei compagni di viaggio, i dottorandi del XXIX ciclo, per aver condiviso con me ansie, stress ma anche bei momenti di confronto e di crescita.

Ai ragazzi del Simas, per essere stati degli amici preziosi che hanno reso speciali anche i momenti più bui.

Alle Prof.sse Carmen Bernè Manero dell'Università di Saragozza e Maria Jesus Yague dell'Università Autonoma di Madrid, per avermi dedicato il loro prezioso tempo e la loro esperienza professionale aiutandomi a ritrovare la strada quando l'avevo persa; per aver reso indimenticabile il mio soggiorno di ricerca con il loro affetto, umanità ed energia contagiosa.

A Teresa e Maria, il cui affetto ho riscoperto durante questo percorso, va la mia gratitudine per avermi supportato in quest'ultimo periodo, così triste per la nostra famiglia...

Al mio compagno, la mia forza e la mia luce, per aver camminato al mio fianco dall'inizio alla fine; per essere stato un sostegno e uno stimolo costante senza mai recriminare il tempo e le energie che dedicavo allo studio e alla ricerca.

Infine, il ringraziamento più grande, va ai miei genitori e a mio fratello, ai quali devo tutto. Senza di loro nulla sarebbe stato possibile. Li ringrazio per l'amore incondizionato, l'esempio, l'ascolto, il sostegno morale e purtroppo spesso anche materiale... non basterebbero mille pagine per ringraziarli... ma a loro, senza altre parole, dedico questa tesi.

Abstract

Alla luce delle diverse problematiche che stanno interessando il settore sanitario negli ultimi anni, l'obiettivo di questa tesi è quello di indagare il coinvolgimento del paziente nella gestione sanitaria evidenziando l'importanza della sua partecipazione per il miglioramento del servizio. A tal fine, si analizzano tre dimensioni principali appartenenti alla sfera del paziente, segnatamente, la partecipazione al processo di co-creazione del valore "salute", il patient empowerment e la soddisfazione del paziente e si propone un modello di indagine volto ad individuare le relazioni tra le stesse.

La co-creazione di valore è un paradigma che si è diffuso nel marketing durante l'ultima decade e può essere definito come un processo grazie al quale le imprese co-creano valore durante le interazioni con i propri clienti attraverso l'integrazione di risorse e l'applicazione di competenze. I clienti, quindi, diventano parte attiva del processo di generazione dell'offerta. Le risorse e le competenze che il paziente può applicare in questi processi sono positivamente influenzate dal suo livello di empowerment, ovvero quell'insieme di conoscenze e capacità che il paziente possiede nella gestione della propria condizione di salute. Dall'analisi svolta in questo lavoro emerge che entrambe queste variabili sono positivamente correlate alla soddisfazione del paziente che, in ambito sanitario, viene spesso considerata come indicatore della qualità percepita del servizio. I risultati mostrano che il paziente non ha l'unico ruolo di valutare la qualità in termini di soddisfazione ma è anche parte attiva nella sua creazione. Di conseguenza gli strumenti per la verifica della qualità non dovrebbero indagare solo la capacità dell'organizzazione sanitaria di garantire servizi di qualità ma, anche, il ruolo del paziente nel raggiungimento della stessa. Inoltre, essendo la soddisfazione una variabile soggettiva, nella sua valutazione è essenziale considerare le risorse e le competenze che il paziente possiede in relazione alla propria salute e che possono influire sulle sue percezioni della qualità.

In termini di management, i risultati dovrebbero stimolare i policy makers ad adottare politiche dirette ad incentivare la partecipazione attiva dei cittadini nella sanità. Ciò implica uno sforzo economico e culturale in quanto realizzare e promuovere l'integrazione effettiva significa investire tempo e capitale (incluso umano) nella rieducazione, sia degli operatori sanitari che dei pazienti, a una logica di beneficio mutuo e sostenibile.

Abstract

Considering the various problems that are affecting the healthcare sector in recent years, the aim of this thesis is to investigate patient involvement in healthcare management by highlighting the importance of his participation for the service improvement. To this end, we analyze three main dimensions belonging to the patient's sphere, particularly, participation in the co-creation process of "health value", patient empowerment and patient satisfaction, proposing a model of investigation aimed at identifying the relations between the variables considered.

Value co-creation is a paradigm developed in marketing discipline over the last decade and that can be defined as a process by which businesses co-create value during interactions with their customers through the integration of resources and the application of competences. Customers thus become an active part of the offer generation process.

The resources and competences that patient can applied in these processes are positively influenced by his level of empowerment, ie the set of knowledge and skills that patient possesses in managing his health condition. The analysis in this work shows that both variables are positively related to patient satisfaction which is often seen as a perceived service quality measure. The results show that patient does not have the only role to assess the quality in terms of satisfaction, but he is also an active part in its creation.

Thus, the tools for the quality evaluation should not only investigate the health organization's ability to provide quality of services, but also the patient's role in achieving the same. Moreover, being the satisfaction a subjective variable, in its assessment it is essential to consider the resources and competences that patient possesses in relation to his own health and that can affect his quality perceptions.

In terms of management, the results should encourage policy makers to adopt policies aimed at encouraging the active participation of citizens in healthcare. This implies an economic and cultural effort as build and promote the effective integration means investing time and capital (including human) in the re-education of both health professionals and patients in a logic of mutual and sustainable benefit.

Sommario

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 - METODOLOGIA.....	7
1.1 I requisiti della metodologia della ricerca	9
1.2 L'analisi bibliometrica	11
1.2.1 La Social Network Analysis.....	13
1.3 La Systematic Literary Review	15
1.4 L'analisi psicometrica.....	21
1.4.1 I Test psicometrici	22
1.4.2 Costruzione e validazione di un modello di indagine	24
1.4.3 La Factor Analysis.....	29
CAPITOLO 2 - BACKGROUND SCIENTIFICO: LA CO-CREAZIONE DI VALORE	35
2.1 Introduzione sulla co-creazione di valore	37
2.2 L'evoluzione del marketing: dalla Goods-Dominant logic alla Service-Dominant logic	39
2.3 La diffusione della S-D logic nella letteratura: analisi bibliometrica	43
2.3.1 Risultati dell'analisi bibliometrica.....	43
2.3.2 Discussione dei risultati	49
2.3.3 Conclusioni.....	52
2.4 La co-creazione di valore nella Service Science	54
2.4.1 L'approccio SMART alla sanità della Service Science	56
2.5 La co-creazione di valore in ambito sanitario: revisione della letteratura	60
2.5.1 Metodo	61
2.5.2 Risultati della ricerca bibliografica.....	63
CAPITOLO 3 - L'EMPOWERMENT DEL PAZIENTE E LE CONNESSIONI CON LA SODDISFAZIONE E LA CO-CREAZIONE DI VALORE	76
3.1 Definizioni di Patient Empowerment	78
3.2 Le dimensioni dell'empowerment.....	82
3.3 La qualità del servizio sanitario nella letteratura	85
3.3.1 La soddisfazione del paziente come indicatore di qualità	88
3.4 Gli effetti del Patient Empowerment sulla qualità del servizio sanitario	93
3.5 I legami tra la co-creazione di valore e la soddisfazione del paziente.....	96
3.6 Le connessioni tra la co-creazione di valore e il Patient Empowerment.....	98
CAPITOLO 4 - COSTRUZIONE DI UN MODELLO DI INDAGINE DELLE RELAZIONI TRA EMPOWERMENT, CO-CREAZIONE E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE.....	101
4.1 Introduzione sul modello e gli obiettivi di ricerca.....	103

4.2 La scala di misura per il Patient Empowerment	105
4.2.1 Revisione sistematica delle misure dell'Empowerment di Barr et al. (2015)	106
4.2.2 Revisione delle definizioni e delle misure di Patient Empowerment di Cerezo et al., 2016	108
4.2.3 Selezione degli studi per la costruzione della scala	110
4.2.4 Selezione degli item per la scala	114
4.2.5 Ricerca degli item per l'Health Literacy	116
4.3 La scala di misura per la co-creazione di valore	129
4.3.1 La Customer value co-creation behavior scale	131
4.4 La scala di misura per la soddisfazione del paziente	136
4.4.1 Gli strumenti di valutazione della soddisfazione del paziente	137
4.4.2 Selezione degli item per la misura della soddisfazione del paziente	141
CAPITOLO 5 - VALIDAZIONE DEL MODELLO DI INDAGINE: ANALISI FATTORIALE	143
5.1 Somministrazione del questionario	145
5.2 Principal Component Analysis	149
5.2.1 Analisi dei componenti principali della scala per il Patient Empowerment	151
5.2.2 Analisi dei componenti principali della scala per la Co-Creazione di Valore	156
5.2.3 Analisi dei componenti principali della scala per la Soddisfazione del Paziente	158
5.3 Analisi di affidabilità del costrutto (Reliability)	160
5.4 Validità di costrutto	161
5.4.1 Correlazione tra Patient Empowerment e co-creazione di valore	162
5.4.2 Correlazione tra Patient Empowerment e soddisfazione del paziente	164
5.4.3 Correlazione tra co-creazione di valore e soddisfazione del paziente	166
Conclusioni	168
Bibliografia	175
Appendice A - Risultati della revisione della letteratura sulla co-creazione di valore in ambito sanitario	199
Appendice B - Il questionario	203

INTRODUZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sta vivendo una profonda crisi sotto molteplici aspetti, primo tra tutti quello economico finanziario ma anche organizzativo e gestionale. La sostenibilità del SSN è oggetto corrente e costante di discussione non solo per la situazione di crisi economica specifica, inusuale e drammatica che sta investendo i Paesi europei e in particolar modo l'Italia a partire dal 2008, ma più in generale per la forte tensione che alcuni fattori di cambiamento stanno esercitando sulla spesa sanitaria. Uno dei fattori che colpisce maggiormente l'Italia è l'invecchiamento progressivo della popolazione, che comporta un maggior bisogno di cure e assistenza, ma anche l'espandersi delle comunità di soggetti portatori di malattie cronico degenerative che creano problemi di sostenibilità e di adeguatezza degli attuali sistemi sanitari. Le soluzioni proposte per affrontare questi problemi sono spesso sconnesse tra loro e quasi sempre indirizzate a meccanismi di taglio dei finanziamenti e/o di ripartizione della spesa fra pubblico e privato (ticket, pressione verso il mercato sanitario privato, enfasi sulle assicurazioni integrative e quant'altro). La scarsità di risorse finanziarie e le pressioni esercitate dalla Comunità Europea per la riduzione del debito pubblico, hanno spostato l'attenzione dal benessere dei cittadini, e la soddisfazione dei loro bisogni, verso gli aspetti finanziari della gestione sanitaria.

Quanto sta avvenendo nel nostro Paese è in contrapposizione con gli orientamenti strategici prevalenti nel contesto globale, fondati principalmente sulla "centralità del paziente" nella gestione sanitaria e sull'utilizzazione delle sue opinioni/necessità. Le linee guida più diffuse a livello internazionale sono dirette ad aumentare il grado di responsabilizzazione del singolo soggetto e alla promozione di comportamenti individuali e collettivi orientati alla prevenzione e alla gestione autonoma delle patologie. Tra le motivazioni alla base di queste politiche non c'è solo il miglioramento delle condizioni di salute e del benessere dei cittadini ma anche ragioni di natura economica, come una riduzione dei costi, un uso più efficiente delle risorse e migliori performance delle organizzazioni sanitarie.

In sostanza, nel management sanitario, occorrerebbe un cambio di prospettiva come è avvenuto più in generale nelle discipline del marketing e del management nel corso

dell'ultima decade, dove il ruolo del cliente si è trasformato da distruttore di un valore creato dall'impresa durante il processo di produzione a co-creatore di un valore derivante dallo scambio di conoscenze, competenze e risorse con i fornitori e gli altri attori coinvolti nel processo di scambio. Infatti, la complessa organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, la numerosità degli attori, l'ambizioso perseguimento della sua finalità (la salute pubblica), stimola l'approfondimento delle logiche che possano supportare la creazione di valore per i diversi attori coinvolti e, ovviamente, per il beneficiario principale, vale a dire il paziente. È con questo intento che giova approfondire le recenti logiche di creazione di valore capaci di magnificare il contributo dei molteplici attori partecipanti al processo (Polese e Carrubbo, 2017). La diffusione di queste logiche nella letteratura manageriale è riconducibile all'introduzione della Service-Dominant logic (Vargo e Lusch, 2004) che definisce la co-creazione di valore come un processo collaborativo, concomitante, da pari a pari, di produzione di un nuovo valore dal significato condiviso materialmente e simbolicamente. Questo processo interattivo può risultare molto importante per le imprese perché rappresenta l'opportunità di creare valore attraverso offerte personalizzate, su misura, evidenziando il punto di vista del cliente e migliorando il processo di front-end di individuazione delle sue esigenze (Lusch e Vargo, 2006).

Un'altra teoria che ha contribuito alla diffusione delle logiche basate sulla co-creazione di valore nel management è la Service Science, sviluppata dal centro ricerche dell'IBM. La Service Science sostiene che attraverso le piattaforme tecnologiche e le più recenti soluzioni ICT, in grado di facilitare l'interazione e la condivisione delle informazioni tra i vari attori coinvolti e quindi i processi di co-creazione del valore, è possibile creare un sistema sanitario più intelligente (Smarter healthcare), più connesso, capace di fornire una migliore assistenza con meno errori, di prevedere e prevenire le malattie, di consentire alle persone di fare scelte migliori e responsabilizzare i pazienti a prendere decisioni più informate sulla propria cura o stile di vita.

Partecipazione, responsabilizzazione ed educazione del paziente, sono temi che stanno guadagnando sempre più importanza in ambito sanitario dove nei programmi politici e nelle agende sanitarie, come nel programma Health 2020 della World Health Organization (WHO) o nel Piano nazionale della cronicità in Italia, l'empowerment del paziente è menzionato tra gli obiettivi prioritari da raggiungere. La WHO definisce

L'empowerment come “un processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo sulle decisioni e azioni che riguardano la propria salute; a tal fine, gli individui e le comunità hanno bisogno di sviluppare abilità, avere accesso alle informazioni e alle risorse, e avere l'opportunità di partecipare e influire sui fattori che interessano la propria salute e benessere”. Sempre la WHO ribadisce che l'empowerment e l'assistenza centrata sul paziente sono elementi chiave per migliorare i risultati di salute, aumentare la soddisfazione degli utenti, migliorare la comunicazione tra operatori sanitari e pazienti, ottenere una maggiore conformità ai piani terapeutici e, inoltre, ottimizzare l'uso delle risorse e i costi dell'assistenza sanitaria. I sistemi sanitari moderni dovrebbero quindi stimolare la partecipazione dei cittadini nei processi di prevenzione, trattamento e riabilitazione, accrescendo la loro responsabilità diretta sui risultati, rendendoli consapevoli, non solo del processo di cura e delle ragioni per cui vengono prese le decisioni, ma anche dell'importanza di condividere, raccogliere e gestire appropriatamente le informazioni rilevanti per la tracciabilità delle diagnosi e delle terapie, l'automedicazione, i controlli medici e altri comportamenti e attività proattive funzionali alla prevenzione.

L'empowerment del paziente e la sua partecipazione al processo di creazione del valore sono quindi elementi essenziali per migliorare la qualità del servizio sanitario.

Dalla letteratura emerge che la maggior parte degli studi considera la qualità sanitaria come la performance dell'erogatore dei servizi (ad esempio l'ospedale) mentre il paziente è considerato come un attore passivo che subisce il servizio e ha l'unico ruolo di valutarne la qualità in termini di soddisfazione, senza essere in grado di partecipare alla sua creazione. A parere di chi scrive, la qualità del servizio sanitario è un concetto molto più complesso ed è il risultato di un processo di co-creazione che richiede la cooperazione tra tutti gli attori coinvolti, direttamente o indirettamente, nel processo di salute del paziente, incluso il paziente stesso e la sua famiglia. Nonostante la letteratura recentemente si stia orientando verso una visione della qualità maggiormente centrata sul paziente, c'è ancora una lacuna di studi sul suo ruolo attivo per il miglioramento del servizio sanitario. A partire da questo gap della letteratura è stato sviluppato questo lavoro il cui obiettivo è quello di dimostrare che esiste una correlazione tra tre dimensioni fondamentali, sulle quali dovrebbe realmente fondarsi una politica di sanità “centrata sul paziente”: patient empowerment, co-creazione di valore e soddisfazione del paziente come indicatore della

qualità percepita. L'obiettivo di questo lavoro è quello di costruire un modello di indagine composto da tre scale di misura, una per ogni dimensione citata, integrate in un questionario finalizzato alla valutazione della qualità del servizio sanitario secondo una nuova prospettiva che tiene conto delle caratteristiche soggettive di ogni singolo paziente. Infatti, gli strumenti di misurazione della qualità più usati dalle organizzazioni sanitarie sono questionari volti a misurare la soddisfazione del paziente in termini di qualità percepita. Tuttavia, quest'ultima è una dimensione soggettiva che oltre a dipendere dalle caratteristiche, tangibili o intangibili, dell'organizzazione e del servizio sanitario dipende da caratteristiche personali del paziente, come la sua conoscenza in materia sanitaria, le sue capacità di controllo della salute e di comunicazione con gli operatori sanitari, il suo grado di partecipazione alla gestione della propria condizione. Il modello proposto, consente di comprendere in che modo la percezione della qualità dipenda anche da alcune caratteristiche, attitudini e comportamenti dello specifico paziente.

Nel Capitolo 1 si descrive la metodologia utilizzata e i principali metodi e strumenti di ricerca impiegati per la raccolta e l'analisi delle informazioni.

Nel Capitolo 2 si approfondisce il tema della co-creazione di valore, la sua introduzione e diffusione nella letteratura del marketing attraverso un'analisi dell'evoluzione del marketing dalla vecchia logica (Goods-Dominant logic) alla nuova logica (Service - Dominant logic) e un'analisi bibliometrica basata sulla social network analysis delle citazioni delle relative pubblicazioni. Successivamente, attraverso una revisione della letteratura, si ricercano e analizzano tutti i contributi relativi alla co-creazione di valore nello specifico ambito sanitario.

Il Capitolo 3 è dedicato allo studio del Patient Empowerment. Si cerca di fare maggiore chiarezza su questo termine, per il quale si genera spesso confusione perché non esiste una definizione condivisa, raccogliendo dalla letteratura tutte le definizioni e le dimensioni proposte fino ad oggi. Dopo aver fornito una visione più chiara dell'empowerment, si analizzano concettualmente le sue connessioni con la co-creazione di valore e con la soddisfazione del paziente, intesa come misura della qualità percepita del servizio sanitario. Anche i legami tra la co-creazione di valore e la soddisfazione del paziente vengono esaminati e, sulla base delle evidenze raccolte, vengono elaborate le ipotesi di ricerca che si intendono dimostrare con la costruzione di un modello di indagine.

Sul piano teorico, appare logico poter ipotizzare che esista una correlazione tra le tre dimensioni considerate, di conseguenza, le ipotesi elaborate sono:

H. 1: Le risorse e le competenze che il paziente applica e scambia nei processi di co-creazione di valore dipendono dal suo livello di empowerment.

H. 2: L'empowerment del paziente, nelle sue componenti principali, ha effetti positivi sulla soddisfazione del paziente nei servizi sanitari.

H. 3: La partecipazione del paziente al processo di co-creazione del valore "salute" influenza positivamente il suo grado di soddisfazione nei servizi sanitari.

H. 4: Una maggiore soddisfazione del paziente nei servizi sanitari stimola lo stesso ad incrementare il suo livello di empowerment.

H. 5: Una maggiore soddisfazione del paziente nei servizi sanitari incentiva la sua partecipazione al processo di creazione del valore "salute".

Al fine di dimostrare queste ipotesi, nel Capitolo 4 viene costruito un modello, attraverso la selezione e l'adattamento di item presi dai modelli esistenti in letteratura, composto da tre scale di misura:

- scala per la misura del Patient Empowerment (PE) composta dalle sottoscale PE1 (Health Literacy HL + e-Health Literacy e-HL), PE2 (Patient Participation PP); PE3 (Patient Control PC); PE4 (Communication with Healthcare Professionals CHP);
- scala per la misura della co-creazione di valore (VC-C) composta dalle sottoscale VC-C1 (Customer Participation Behavior CPB) e VC-C2 (Customer Citizenship Behavior CCB);
- scala per misurare la soddisfazione del paziente (PS), composta dalle sottoscale PS1 (Satisfaction with Professionals Interaction SPI) e PS2 (Satisfaction with Healthcare Service SHS).

Il modello costruito viene validato nel Capitolo 5 attraverso l'analisi fattoriale. In particolare, mediante la Principal Component Analysis, è stato ridotto il numero elevato di variabili di ogni scala (rappresentanti altrettante caratteristiche del fenomeno analizzato) in alcune variabili latenti per sintetizzare l'informazione contenuta in più variabili tramite pochi fattori. I valori sono stati valutati attraverso l'Indice KMO (Kaiser-Meyer-Olki), costruito comparando i coefficienti di correlazione con quelli di

correlazione parziale e il Test di sfericità di Bartlett per verificare se le variabili sono indipendenti.

Dopo aver derivato la matrice di componenti, è stata valutata l'affidabilità delle scale attraverso il coefficiente alpha di Cronbach come misura di coerenza interna.

Infine, attraverso la construct validity, è stata analizzata la validità del modello, ossia la sua capacità dimostrare le ipotesi formulate, in questo caso, l'esistenza di una correlazione lineare tra le tre dimensioni esaminate.

CAPITOLO 1 - METODOLOGIA

In senso generale, il termine "ricerca" viene usato per indicare la raccolta di informazioni su un determinato soggetto al fine di scoprire, interpretare e revisionare fatti, eventi, comportamenti e teorie relative a qualunque ambito della conoscenza e dell'esperienza umana. Quando la ricerca è scientifica deve usare metodi intersoggettivi e condivisi, cioè basati sul metodo scientifico. Le procedure utilizzate per raccogliere informazioni in tutte le discipline scientifiche sono dette metodi, mentre con metodologia si intende tutto ciò che riguarda l'applicazione dei metodi stessi.

In questo capitolo, si riporta la metodologia utilizzata nella tesi con la descrizione dei diversi metodi e strumenti di ricerca impiegati.

In particolare, il Capitolo 2 è dedicato allo studio della co-creazione di valore. La sua diffusione nella disciplina del marketing è stata studiata attraverso un'analisi bibliometrica condotta con il metodo della "Social Network Analysis", mentre la sua diffusione nello specifico contesto sanitario è stata analizzata attraverso una revisione della letteratura condotta sui principali database e integrata con l'analisi bibliografica dei lavori restituiti dalla ricerca.

Il Capitolo 3 rappresenta un lavoro concettuale volto ad indagare il concetto di patient empowerment nelle sue definizioni e dimensioni principali e delle sue connessioni con le altre dimensioni rilevanti per la tesi: la co-creazione di valore e la soddisfazione del paziente.

Il Capitolo 4 è finalizzato alla costruzione di un modello d'indagine delle correlazioni tra il patient empowerment, la co-creazione di valore e la soddisfazione del paziente. Ci sono due tecniche principali per la costruzione di scale di misure: la prima consiste nel definire gli obiettivi della ricerca e individuare le variabili da indagare per poi costruire gli item attraverso interviste approfondite o focus group con gli esperti del settore e con soggetti che presentano le caratteristiche del campione oggetto d'indagine; la seconda consiste nel ricercare in letteratura modelli di misura già esistenti e adattarli alla propria ricerca. In questo lavoro si è optato per il secondo metodo.

Il Capitolo 5 è dedicato alla validazione del modello costruito attraverso l'analisi fattoriale, in particolare l'analisi delle componenti principali, ovvero, la costruzione della matrice componenti sulla base della misura di adeguatezza campionaria KMO (Keiser Meyer Olkin) e il Test di sfericità di Bartlett; l'analisi dell'affidabilità attraverso l'Alfa di Cronbach e della validità del costrutto attraverso le correlazioni (Pearson).

1.1 I requisiti della metodologia della ricerca

Al fine di ottenere risultati scientificamente validi, in questa tesi si è cercato di rispettare il carattere normativo e operativo della metodologia della ricerca seguendo i criteri e le norme apprese durante gli studi di dottorato. Questo carattere pragmatico differenzia la metodologia da altre discipline che si occupano dei principi che guidano la conoscenza, come la filosofia della scienza e l'epistemologia (Bruschi, 1991; Ricolfi, 1997).

L'ambito di applicazione del presente lavoro va al di là della singola disciplina. La base scientifica riguarda il settore del management e del marketing, trattando del tema della co-creazione di valore, ma viene investigato in un contesto sanitario dove oggetto dell'indagine sono i pazienti con i loro stati psicologici, processi di motivazione, partecipazione, soddisfazione e grado di alfabetizzazione sanitaria. Per riuscire a condurre correttamente la ricerca si è dovuto, quindi, seguire l'orientamento transdisciplinare della metodologia della ricerca, senza rimanere legati a una specifica scienza sociale ma privilegiando varie scienze, in particolare, la sociologia, ma anche la psicologia (analisi psicometriche), il marketing, la medicina e la statistica.

La ricerca è stata condotta seguendo un duplice filone di pensiero: il razionalismo critico di Popper (1934), secondo cui la funzione della ricerca sarebbe essenzialmente quella di modificare o sostituire una teoria preesistente in modo da rendere la nuova teoria compatibile con i fatti che hanno messo in crisi la teoria precedente, cosicché la ricerca si sviluppa seguendo la sequenza problemi-teorie-critiche. In questo senso è stata analizzata la teoria esistente sulle relazioni tra empowerment, co-creazione e soddisfazione, cercando di individuarne le criticità e di proporre soluzioni.

Tuttavia, più recentemente, si è sostenuto che questa visione della ricerca è inadeguata a rendere conto di ciò che effettivamente avviene nel campo delle scienze sociali (Ricolfi, 1997), dove la ricerca empirica non nasce e non si sviluppa a partire da problemi (aspettative o azioni deluse, teorie in crisi), ma semplicemente a partire da domande, ovvero da bisogni di conoscenza esplicitamente tradotti in insiemi di interrogazioni sulla realtà. Contrariamente a un'idea molto diffusa, la finalità dell'attività scientifica non è spiegare il reale ma rispondere a interrogativi sul reale (Boudon e Lazarsfeld, 1969). Pertanto, si è stabilita la domanda di ricerca alla quale cercare di dare risposta attraverso lo studio teorico e la ricerca empirica e segnatamente: “esiste una correlazione tra

l'empowerment del paziente, la sua partecipazione al processo di co-creazione del valore "salute" e la sua soddisfazione nei servizi sanitari?"

Prima di raccogliere le informazioni utili per elaborare le risposte alla domanda di ricerca, si è cercato di formulare in modo esplicito il problema, ovvero di individuare i diversi fattori (dimensioni, variabili) potenzialmente rilevanti rispetto al problema stesso e avanzare delle ipotesi circa gli effetti semplici o congiunti di tali fattori. Nel fare questo è stata utilizzata la teoria di riferimento sulla base della quale sono state avanzate delle ipotesi di possibili soluzioni. Sono state prese in considerazione diverse teorie di riferimento (quella sulla co-creazione di valore, in particolare in ambito sanitario; sull'empowerment del paziente e la soddisfazione del paziente) sistematizzando l'insieme interrelato di concetti, di definizioni e proposizioni in grado di fornire una visione sistematica dei fenomeni, specificando le relazioni tra le variabili, al fine di spiegare e prevedere i fenomeni stessi.

Nell'elaborazione della tesi, si è cercato di seguire i cosiddetti "requisiti scientifici", seppur riscontrando delle criticità:

a) Oggettività: nonostante lo studio sia stato condotto attraverso un empirismo stretto e ragionando con la logica formale, un limite di questo lavoro è che non si è in grado di garantire il principio della riproducibilità, ovvero che altri ricercatori possano raggiungere la stessa evidenza e arrivare alla stessa conclusione o a una equivalente seguendo la stessa metodologia. L'obiettivo della tesi è, infatti, la costruzione di un modello di indagine delle relazioni tra tre variabili: empowerment del paziente, co-creazione di valore e soddisfazione del paziente. Per mancanza di tempo, non è stato possibile verificare la ripetibilità del test, che consiste nel somministrare lo stesso questionario agli stessi soggetti appartenenti al campione utilizzato per l'analisi di validità del modello. Il test, infatti, andrebbe ripetuto a distanza di qualche mese per vedere se i risultati rimangono inalterati. Questa analisi costituirà la prima fase di una futura ricerca.

b) Organicità: al fine di garantire organicità al lavoro si è cercato di costruire un quadro complessivo di conoscenze sugli aspetti indagati piuttosto che semplici frammenti di informazione attraverso analisi sistematiche e bibliometriche della letteratura e delle teorie di riferimento come descritto nei paragrafi successivi, al fine di avere una base organica di conoscenze alla quale apportare contributi significativi sulle leggi o principi generali che governano questi aspetti della realtà.

1.2 L'analisi bibliometrica

L'analisi bibliometrica rientra nell'ambito di studio della bibliometria che si è notevolmente sviluppato negli ultimi vent'anni grazie alla disponibilità online di banche dati di grandi dimensioni. La bibliometria deriva dalla scientometria moderna, un campo di studi molto specialistico e piuttosto complesso, che trascende dal semplice conteggio delle citazioni e che coinvolge varie figure e comunità in tutto il mondo.

La bibliometria utilizza tecniche matematiche e statistiche per analizzare i modelli di distribuzione dell'informazione, ed in particolare delle pubblicazioni. Più precisamente è un insieme di metodi usati per studiare o misurare testi e informazioni. Se il suo sviluppo ha avuto come presupposto l'elaborazione automatica delle bibliografie secondarie, confluite nelle banche dati, il suo notevole successo è dovuto alla ricerca, da parte della comunità scientifica mondiale, di parametri oggettivi per la misurazione, detti indicatori bibliometrici, e la conseguente valutazione, della scienza e degli scienziati (De Robbio, 2007).

Le due misure bibliometriche più conosciute sono il numero di citazioni e il fattore di impatto IF (Impact Factor), il numero di citazioni ricevute nell'anno corrente agli articoli pubblicati nei due anni precedenti diviso per il totale del numero di articoli pubblicati negli stessi due anni.

L'analisi citazionale è l'esame della frequenza e del modello di citazioni negli articoli e/o testi in generale e rappresenta lo strumento cardine di questa disciplina usando le citazioni delle produzioni intellettuali scientifiche per stabilire connessioni con altri lavori o altri ricercatori. Accoppiamenti di co-citazioni e accoppiamenti bibliografici sono modelli specifici dell'analisi citazionale.

A causa di una crescita senza precedenti della disponibilità di risorse elettroniche (e-resources) una delle questioni emerse con forza e oggetto di indagine da parte degli studiosi è quanto spesso le risorse elettroniche sono citate nei singoli campi di interesse. Sebbene Almind e Ingwersen nel 1997 coniarono per primi il termine webometrics, fu solo nel 2004 che Björneborn e Ingwersen ne tracciarono la definizione come "lo studio delle funzioni quantitative della costruzione e dell'uso delle risorse informative, delle strutture e tecnologie del Web basato sugli approcci bibliometrici e infometrici" (Egghe e Rousseau, 1990).

L'analisi del contenuto (Content Analysis), invece, nota anche come analisi testuale quando condotta esclusivamente su testi, è una metodologia standard nel campo delle scienze sociali applicata per lo studio del contenuto della comunicazione. Fu definita da Earl Babbie come "lo studio di comunicazioni umane registrate", laddove Babbie per comunicazioni umane intende libri, siti web, disegni e leggi. Harold Lasswell formulò la questione centrale dell'analisi del contenuto con la frase "Chi dice cosa, a chi, perché, in quale contesto e in che modo e con quale effetto". Il metodo dell'analisi di contenuto mette in condizione i ricercatori di includere grandi quantità di informazioni testuali e di identificare sistematicamente le loro proprietà, per esempio le frequenze delle parole chiave più usate (KWIC KeyWord In Context) per individuare le strutture più importanti del loro contenuto comunicativo. Tali aggregazioni di informazioni dovrebbero poi essere categorizzate in accordo a determinati framework teorici di riferimento, i quali informano i sistemi di data analysis fornendo alla fine una lettura con significato logico del contenuto analizzato.

In tale contesto per analisi dei dati o data analysis si intende l'atto di trasformare un dato con lo scopo di estrarne informazioni utili e facilitare conclusioni che abbiano un significato logico. In relazione al tipo di dato e alla domanda, questo potrebbe includere applicazioni di metodi statistici, curve fitting¹, selezione e scarto di determinati sotto-insiemi basati su criteri specifici, o altre tecniche. Rispetto al data mining, l'analisi dei dati è solitamente intesa non tanto come atto focalizzato alla scoperta di modelli imprevisti nascosti nei dati, ma alla verifica di un'approvazione o rifiuto di un modello attuale, o all'estrazione dei parametri necessari per adattare un modello teorico sperimentale alla realtà.

Gli indicatori utilizzati nell'analisi bibliometrica proposta dall'ISI non si limitano al solo fattore di impatto, ma si differenziano in vari indicatori bibliometrici²:

- Immediacy Index: misura quanto successo sta avendo il lavoro nell'anno di pubblicazione in relazione a quanto velocemente un articolo della rivista è

¹ Trovare una curva sovrapponibile ad una serie di punti dati e altri possibili vincoli

² <http://scientific.thomson.com/media/scpdf/ws7-1005-q-it.pdf>

mediamente citato e quanto spesso gli articoli della rivista sono citati nello stesso anno;

- Cited Half Life: ciclo di emivita di un lavoro scientifico; misura la validità nel tempo degli articoli citati o la durata delle citazioni nel tempo. Misura il numero degli anni, partendo da quello corrente e andando indietro, in cui si raggiunge il 50% delle citazioni totali ricevute dalla rivista nell'anno presente.
- Rate of Cites Index: rappresenta un indice di qualità del singolo lavoro, basato sull'assioma che quanto più il lavoro è citato da altri ricercatori tanto più rilevante è il suo valore scientifico.
- Citation Impact: è calcolato per uno specifico soggetto o autore o istituzione o paese sulla base del rapporto tra il numero di citazioni ricevute e il numero di articoli pubblicati (un elevato numero di citazioni indica che la pubblicazione ha avuto un forte impatto). Riflette la misura in cui un determinato articolo è stato utilizzato per successivi lavori scientifici e quindi, in qualche misura, il suo impatto sullo sviluppo della scienza. Questi dati si prestano a diverse analisi:
 - studi di produttività scientifica attraverso il conteggio delle pubblicazioni per autore o per istituzione, in rapporto alle risorse (pubblicazioni per ricercatore);
 - studi sulle collaborazioni scientifiche: ad esempio il numero di articoli firmati da autori di più paesi oppure da ricercatori di università e di industrie; l'esame delle citazioni permette anche di mettere in evidenza gruppi di ricerca che collaborano e che si citano mutualmente in modo molto frequente;
 - analisi della struttura di un campo scientifico con l'identificazione di parole-chiave che si ripetono o che vengono usate congiuntamente; è così possibile individuare nuovi fronti di ricerca caratterizzati da un approccio e da una terminologia comune.

1.2.1 La Social Network Analysis

La misura bibliometrica più conosciuta è senza dubbio l'impact factor delle riviste scientifiche, ma non rappresenta una misura adeguata della performance di ricerca di un gruppo di scienziati (Moed e van Leeuwen, 1996; Moed 2000; 2002). L'impact factor delle riviste scientifiche non è sempre accurato, è manipolabile, è fortemente affetto dalle

differenti pratiche di citazioni adottate nei diversi campi scientifici, e non rappresenta affatto un buon predittore del reale impatto delle citazioni (Seglen 1994; 1997a,b).

Solo attraverso la combinazione di indicatori bibliometrici e di (social) network analysis si può avere una buona approssimazione della performance di gruppi di ricerca o istituzioni e degli andamenti della loro collaborazione scientifica (Noyons, Moed e van Raan, 1999).

La sfida dell'analisi delle interazioni tra autori e citazioni può essere affrontata con l'analisi delle reti sociali. La Social Network Analysis (SNA) è una tecnica interdisciplinare per l'analisi delle reti sociali (Otte e Rousseau, 2002), in cui le relazioni sociali sono visualizzate in termini di teoria delle reti. L'analisi della rete sociale tra le unità individuali e sociali viene mappata in una matrice di comunicazione e quindi visualizzata in grafici. Nella teoria dei grafi esistono diversi strumenti matematici disponibili, che possono essere usati ad esempio per stimare l'influenza relativa dei nodi nel grafico o analizzare il grafico con i modelli di connessione dei nodi (Abraham e Hassanien, 2010; Knoke, et al. 2008). Nell'analisi scientifica bibliometrica i modelli di citazione di autori diversi possono essere analizzati modellando le pubblicazioni o gli autori come nodi e le citazioni o co-pubblicazioni come contorni dei nodi. Il metodo di analisi della rete sociale per gli studi bibliometrici è stato applicato per la visualizzazione della rete di citazione (Van Eck e Waltman, 2014), e per la rilevazione e l'analisi delle reti di co-autorship (Perianes-Rodríguez et al. 2010).

La Social Network Analysis applicata in questo lavoro³ si basa sull'analisi dei dati bibliografici scaricati dal database Web Of Science, in quanto è l'unico a fornire informazioni citazionali complete. Sulla base dei dati citazionali, l'analisi è in grado di ricostruire il network di autori che pubblicano su un determinato argomento, individuando gli autori più produttivi e più citati, le keyword più usate e più citate, i giornali che contengono la maggior parte delle pubblicazioni e quelli che contengono le pubblicazioni più citate. Inoltre, l'analisi classifica tutte le pubblicazioni restituite da Web Of Science sulla base di tre misure di importanza: Total Citation Counts fornito da Web Of Science (numero di citazioni complessive), In-degree nel network di citazioni (numero di citazioni all'interno del network di autori individuato) e PageRank score.

³ Per maggiori informazioni si veda il lavoro di Knutas et al., 2015.

Il PageRank è un termine ormai entrato nel lessico quotidiano, grazie ai servizi offerti dal motore di ricerca Google. Si riconduce al concetto di popolarità tipico delle relazioni sociali umane, e sta a significare le pagine o i siti di maggiore rilevanza in relazione ai termini ricercati. Il sistema usa algoritmi basati su indicizzazione del materiale raccolto da Google e sui collegamenti presenti nelle pagine esaminate, oltre che sulla pertinenza del contenuto di una pagina, nonché sul numero di pagine correlate, in risposta ai termini ed ai criteri della ricerca effettuata. Questo meccanismo permette di attuare un minimo di controllo incrociato che garantisca la validità dei risultati di ricerca. Maggiore è il grado di popolarità di una pubblicazione online, maggiore è il valore dei voti (link) che la pagina web di quella pubblicazione può esprimere.

Il limite di questa analisi è rappresentato dalla base dei dati bibliografici scaricabili solo dal database WOS che potrebbe portare l'esclusione dall'analisi di pubblicazioni o autori importanti i cui lavori si trovano su altri database. Per cercare di arginare questo limite, in questo lavoro, sono stati individuate anche le pubblicazioni più importanti che non erano incluse nel dataset fornito da WOS. Queste pubblicazioni sono state classificate sulla base delle misure In-degree e PageRank, in quanto il Total Citation Counts è fornito esclusivamente da WOS.

1.3 La Systematic Literary Review

Ogni anno viene prodotta una grande quantità di pubblicazioni scientifiche, spesso con risultati contrastanti. Le differenze tra i vari studi possono dipendere dalla metodologia utilizzata, errori o campionamento. In tali situazioni, non è sempre chiaro quale sia il quadro generale, o i risultati che sono più affidabili e dovrebbero essere usati come base per lo sviluppo di avanzamenti scientifici o per prendere decisioni nella pratica (Parolo, et al. 2015).

Le revisioni sistematiche hanno lo scopo di affrontare questi problemi attraverso l'individuazione, la valutazione critica e l'integrazione dei risultati di tutti i singoli studi su un determinato tema, che viene individuato attraverso una o più domande di ricerca (Bailey, et al. 2007). Una revisione sistematica è uno studio che si propone la classificazione e l'analisi tematica di precedenti ricerche (Kitchenham, e Charters, 2007;

Petersen, et al. 2008) e mira a raccogliere e valutare tutti i risultati sul tema di ricerca selezionato (De Almeida Biolchini, et al. 2007; Kitchenham, et al. 2009).

Gli studi di revisione sistematica stanno diventando un metodo sempre più importante per ottenere una panoramica sullo stato dell'arte in un campo della scienza (Borrego, et al. 2014; Kitchenham, e Charters, S. 2007). Ciò significa che questi studi, che coinvolgono diverse fasi di elaborazione e analisi manuali, sono sempre più lunghi e dispendiosi. Uno studio di rilevamento comporta come minimo una ricerca sistematica da banche dati scientifiche, l'archiviazione, la cernita manuale, la panoramica degli articoli con la lettura, la registrazione dei metadati selezionati e delle informazioni contenute, la categorizzazione degli articoli e la scrittura di una sintesi di ogni articolo selezionato. Questo problema è stato riconosciuto da diverse comunità di ricerca e sono stati sviluppati diversi strumenti che possono facilitare queste operazioni (Börner, 2011; Van Eck e Waltman, 2014). Tuttavia, questi strumenti richiedono esperienza e conoscenza nella fase di preparazione ed elaborazione dei dati, e sono sistemi chiusi.

Uno studio di rilevamento sistematico comprende le seguenti fasi (Petersen, et al. 2008):

- 1) determinare sistematicamente i termini di ricerca e le banche dati;
- 2) effettuare una ricerca di prova per validare i termini di ricerca;
- 3) eseguire una ricerca completa e registrare i risultati;
- 4) deduplicare e ordinare i risultati e applicare i criteri di inclusione ed esclusione stabiliti;
- 5) rivedere nel complesso i documenti raccolti secondo i criteri stabiliti.

La Cochrane Collaboration (2014), definisce la revisione sistematica come: “la revisione di una domanda chiaramente formulata che utilizza metodi sistematici ed espliciti per identificare, selezionare e valutare criticamente le ricerche rilevanti, e per raccogliere e analizzare i dati dagli studi che sono inclusi nella revisione. I metodi statistici (meta-analisi) possono o non possono essere utilizzati per analizzare e riassumere i risultati degli studi inclusi”. Attraverso la tecnica statistica detta meta-analisi, è possibile analizzare (fornendo sintesi quantitative) i dati presentati nei singoli studi, con lo scopo di minimizzare gli errori e poter generalizzare le relative conclusioni. In alcune comunità scientifiche, i due termini Revisione Sistematica (in inglese *Systematic Review*, SR) e Meta-analisi (in inglese *Meta-Analysis*, MA) vengono utilizzati come se fossero sinonimi mentre, in altre comunità, i ricercatori preferiscono identificare la Meta-Analisi come la parte statistica (analisi quantitativa) di una Revisione Sistematica (analisi qualitativa). In

questo lavoro non si utilizza la meta-analisi, anche se questa costituisce una parte importante e preziosa della revisione della letteratura (Eagly, 1987; Rosenthal, 1995), ma si utilizza la forma della revisione della letteratura narrativa. Non bisogna vedere la revisione della letteratura con meta-analisi e quella narrativa come in concorrenza diretta (Baumeister e Leary, 1997). Quando è possibile utilizzarla (cioè, quando ci sono molti studi disponibili per testare la stessa ipotesi), la meta-analisi è in genere il metodo preferito. Una revisione narrativa della letteratura è preziosa, tuttavia, quando si sta tentando di collegare tra loro molti studi su argomenti diversi, sia per scopi di rilettura che di interconnessione. Come tale, la revisione narrativa della letteratura è una preziosa tecnica per la costruzione di una teoria e può anche avere la funzione di generazione delle ipotesi. La meta-analisi, al contrario, è una tecnica di controllo delle ipotesi (Baumeister e Leary, 1997).

La revisione narrativa della letteratura può essere utile anche per verificare le ipotesi quando la meta-analisi non funziona come, ad esempio, quando gli studi sono così metodologicamente diversi da rendere l'aggregazione meta-analitica impraticabile.

Una buona revisione sistematica dovrebbe raggiungere la maggior parte dei seguenti obiettivi (o tutti) (Baumeister e Leary, 1997; Bem, 1995; Cooper, 2003):

- Stabilire in quale misura la ricerca esistente è progredita nella chiarificazione di un problema particolare;
- Identificare le relazioni, le contraddizioni, le lacune e le incongruenze nella letteratura, ed esplorarne le ragioni (ad esempio proponendo una nuova concettualizzazione o teoria che spiega l'inconsistenza);
- Formulare un resoconto o una concettualizzazione generale (fare un punto della situazione, piuttosto che riassumere i risultati di tutti gli studi, Sternberg, 1991);
- Commentare, valutare, estendere, o sviluppare la teoria;
- Descrivere le implicazioni per la pratica e per i processi decisionali;
- Individuare le direzioni per la ricerca futura.

Una revisione sistematica è quindi un pezzo di ricerca a sé stante e, per sua natura, è in grado di affrontare le questioni in maniera molto più ampia rispetto ai singoli studi (per esempio scoprendo connessioni tra diversi risultati empirici; Baumeister e Leary, 1997). In effetti, le revisioni sistematiche, rispetto alle altre forme di ricerca, si trovano al livello

superiore della 'gerarchia delle prove' perché hanno il potenziale di fornire le più importanti implicazioni pratiche.

Le revisioni sistematiche si caratterizzano per essere obiettive, sistematiche, trasparenti e replicabili. I criteri di inclusione ed esclusione nella revisione sono obiettivi, esplicitamente descritti e costantemente impiegati in modo tale che la decisione di includere o escludere studi particolari sia chiara ai lettori e un altro ricercatore, utilizzando lo stesso criterio, prenderebbe probabilmente le stesse decisioni. Questo approccio esplicito ha lo scopo di ridurre al minimo le distorsioni e permette ai lettori della review di valutare le ipotesi dell'autore, le procedure, le prove e le conclusioni, piuttosto che accettare le conclusioni dell'autore per fede. Questa metodologia permette anche ad altri ricercatori di aggiornare la revisione in un secondo momento, al fine di integrarla con le ultime ricerche. Per meglio conseguire gli scopi di una revisione sistematica, Baumeister (2013) raccomanda di adottare la mentalità di un giudice o di una giuria, piuttosto che di un avvocato. Il giudice e la giuria valutano le prove con scetticismo, al fine di rendere il giudizio più equo possibile. Al contrario, l'approccio di un avvocato è quello di gestire le prove cercando di rendere il caso migliore per una parte della controversia.

Prima di iniziare una revisione della letteratura è necessario avere ben chiaro cosa si vuole sapere e su quali argomenti e chi sarà il pubblico di riferimento. Occorre chiarire il tipo di risultato che si ritiene rilevante per rispondere alla domanda di ricerca. Chiarezza, precisione e attinenza alla domanda di ricerca sono elementi essenziali per una revisione di successo.

Khan et al. (2003), suggeriscono cinque fasi per condurre una revisione sistematica della letteratura:

Fase 1: formulazione delle domande per la revisione

I problemi da affrontare nella revisione dovrebbero essere specificati nella forma di domande chiare, inequivocabili e strutturate prima di iniziare il lavoro. Una volta che le domande sono state impostate, modifiche al protocollo devono essere ammesse solo se modi alternativi di definire le popolazioni, gli interventi, i risultati o i disegni dello studio diventano evidenti.

Fase 2: Identificazione dei lavori pertinenti

La ricerca degli studi dovrebbe essere estesa. Dovrebbero essere cercate più risorse (sia digitali che stampate) senza restrizioni linguistiche. I criteri di selezione dei lavori dovrebbero fluire direttamente dalle domande della revisione da specificare a priori.

I motivi di inclusione ed esclusione devono essere indicati.

Fase 3: valutazione della qualità degli studi

La valutazione della qualità degli studi è importante per ogni fase di una revisione. Nella formulazione delle domande (Fase 1) e dei criteri di selezione degli studi (Fase 2) si dovrebbe descrivere il livello minimo accettabile di disegno della ricerca. Gli studi selezionati devono essere sottoposti ad una più raffinata valutazione della qualità mediante l'uso di guide generali di valutazione critica e progettazione basata su liste di controllo della qualità (Fase 3). Queste valutazioni dettagliate della qualità saranno utilizzate per esplorare l'eterogeneità dei lavori e prendere decisioni riguardo l'idoneità delle meta-analisi (Fase 4); inoltre, aiutano a valutare la forza delle inferenze e a formulare raccomandazioni per la ricerca futura (Passo 5).

Fase 4: Riassumere le evidenze

La sintesi dei dati è costituita dalla tabulazione delle caratteristiche degli studi.

Fase 5: Interpretazione dei risultati

Una volta che le questioni evidenziate in ciascuna delle quattro fasi sopra descritte sono state soddisfatte, si dovrebbe esplorare il rischio di bias delle pubblicazioni e di relative distorsioni. L'esplorazione dell'eterogeneità dovrebbe aiutare a capire se il riepilogo generale è affidabile, e, se no, gli effetti osservati negli studi di maggiore qualità dovrebbero essere utilizzati per generare inferenze. Eventuali raccomandazioni dovrebbero essere valutate con riferimento ai punti di forza e di debolezza delle evidenze emerse.

Baumeister e Leary (1997), sottolineano che si può distinguere tra diverse tipologie di revisione sistematica, in base all'obiettivo del ricercatore.

L'obiettivo della revisione della letteratura più ambizioso è lo sviluppo di una nuova teoria. In tale caso, lo scopo primario dell'autore è quello di proporre una nuova concettualizzazione o teoria su determinati fenomeni. Il lavoro di revisione della letteratura, serve in questo caso, ad avere un contesto utile per descrivere, elaborare, e valutare la nuova teoria, o addirittura la teoria può essere dedotta dall'integrazione del materiale revisionato.

Un po' meno ambiziosa, ma più comune, è la revisione della letteratura che si concentra sulla valutazione di una teoria. In questo tipo di revisione, l'autore non offre una nuova prospettiva teorica ma piuttosto una revisione della letteratura rilevante per la validità di una teoria già esistente (o, spesso due o più teorie in competizione). In sostanza, la letteratura pubblicata fornisce un database da cui l'autore trae conclusioni circa i meriti delle concettualizzazioni esistenti.

Un terzo tipo di revisione della letteratura indaga lo stato delle conoscenze su un particolare argomento. In questo caso la revisione fornisce una panoramica utile di un'area di ricerca, ma non è destinata ad offrire nuove idee, nuove interpretazioni, o conclusioni radicali. Queste revisioni possono essere utili come strumento per mettere insieme ciò che è conosciuto circa un particolare fenomeno.

Una quarta categoria di revisione della letteratura ha l'identificazione di un problema come suo obiettivo. Lo scopo è rivelare i problemi, le debolezze, le contraddizioni o le controversie in una particolare area di ricerca. L'autore può avventurarsi nel fare qualche tentativo di fornire soluzioni ai problemi che identifica, ma è più interessato ad una semplice comunicazione al settore di ricerca di interesse che esiste una certa difficoltà. Pertanto, tali articoli sollevano tipicamente più domande che risposte, lasciando ai futuri ricercatori l'onere di ristabilire l'ordine.

Infine, un obiettivo meno comune di un articolo di revisione è quello di fornire un resoconto storico dello sviluppo di una teoria o di una ricerca su un particolare argomento. Questi lavori, in genere, sono organizzati cronologicamente e, anche se il loro obiettivo principale è quello di tracciare la storia di un'idea, in genere forniscono un commento per quanto riguarda l'impatto e le carenze dei vari contributi al campo di ricerca.

Un Systematic Mapping Study (SMS) classifica e struttura un campo di interesse per la ricerca categorizzando le pubblicazioni e analizzando le loro tendenze di pubblicazione (Petersen, et al. 2008).

1.4 L'analisi psicometrica

La psicometria è il campo di studio della teoria e della tecnica della misura in psicologia, includendo la misura della conoscenza, delle abilità, degli atteggiamenti e delle caratteristiche della personalità. Viene generalmente definita come l'insieme di metodi per misurare, con opportune trasformazioni quantitative, le differenze individuali nelle reazioni psichiche di soggetti diversi o di uno stesso soggetto in condizioni diverse. Il campo di studio è particolarmente volto verso lo studio delle differenze fra gli individui. Coinvolge due aspetti importanti della ricerca, vale a dire:

- la costruzione degli strumenti e delle procedure per la misura;
- lo sviluppo ed il perfezionamento dei metodi teorici di misura.

L'origine della psicometria è collegata alla psicofisica. Charles Spearman è pioniere della psicometria e ha sviluppato i metodi di misura dell'intelligenza con gli insegnamenti di Wilhelm Wundt. Louis Leon Thurstone, successivamente, ha sviluppato e applicato un metodo teorico di misurazione denominato "legge di giudizio comparativo", un metodo che ha collegamenti vicini alla teoria psicofisica sviluppata da Weber e da Fechner. Spearman e Thurstone hanno entrambi dato contributi importanti alla teoria e all'applicazione dell'analisi fattoriale, un metodo matematico-statistico usato molto in psicometria.

Le prime applicazioni della psicometria furono quantitative e indirizzate verso le caratteristiche intellettive del soggetto, cercando di studiare e misurare l'elemento base dell'intelligenza. I primi approcci in tale direzione furono di Spearman (1863-1945), il quale – attraverso metodi statistici – riuscì a correlare i voti scolastici col punteggio di test di intelligenza svolti su alunni delle scuole elementari londinesi. Successivamente, in Francia, su commissione del Ministero della Pubblica Istruzione, Binet e Simon (1905) misero a punto un test normalizzato di intelligenza, le cui prove erano differenziate a seconda della fascia di età.

In seguito, la psicometria venne utilizzata anche per lo studio delle caratteristiche della personalità, attraverso i "test proiettivi" (Franck; ma già lo stesso Jung, nel 1904, aveva messo a punto un "test di associazione di parole"). Tali test furono poi realizzati in modo da valutare le reazioni del soggetto di fronte a uno stimolo visivo più o meno strutturato

("test di Rorschach" e "TAT"). Per lo studio della personalità sono stati anche elaborati dei questionari, basati sulle teorie dei tratti (Cattell, "MMPI").

Più recentemente, la teoria psicometrica è stata applicata per la misura degli atteggiamenti e delle credenze, nell'ambito del successo accademico e nei campi correlati con la salute. La misura di questi fenomeni psicologici è difficile e gran parte della ricerca accumulata in questa disciplina è stata sviluppata nel tentativo di definire e misurare correttamente tali fenomeni. I critici di questo approccio, compresi i professionisti delle scienze fisiche e delle scienze sociali, hanno sostenuto che tali definizioni sono impossibili e la quantificazione è talmente difficile che tali misure sono da ritenersi invalide. Gli autori delle tecniche psicometriche rispondono, che non sempre in natura la teoria della misura è legata a misure come la lunghezza, direttamente osservabili. Molte variabili fisiche vengono misurate anche quando non sono direttamente osservabili, come ad esempio la forza o il calore. Queste ultime si misurano mediante i loro effetti e non direttamente. In psicologia, con le opportune tecniche psicometriche, si effettua lo stesso tipo di misurazione. Anzi, spesso nelle scienze fisiche non vengono tenuti in considerazione tutti i criteri metodologici e statistici che invece vengono utilizzati normalmente in psicomelia.

1.4.1 I Test psicometrici

Un test psicometrico è uno strumento standardizzato ed empiricamente validato di indagine psicologica che produce valutazioni quantitative del comportamento umano o animale. Più precisamente, i test psicometrici tentano di misurare aspetti elementari o complessi dell'attività psichica, del comportamento e della personalità attraverso la costruzione, l'applicazione e la verifica di reattivi psicologici o test. Introdotti nella psicologia sperimentale a partire dalla fine dell'Ottocento, e in seguito sempre più utilizzati nella psicologia applicata, i test psicologici richiedono obiettività e standardizzazione quali requisiti necessari a garantire il carattere scientifico della misurazione. Gli elementi fondamentali e necessari affinché si possa parlare correttamente di test sono la standardizzazione delle situazioni stimolanti e una serie di prove, di numero e di valore tali da permettere una valutazione statisticamente

significativa. L'obiettività di un test è assicurata da un coefficiente di validità e da uno di attendibilità, i quali variano entrambi tra 0 e 1: più il valore si approssima a 1, più potente è il test. Per validità si intende il grado di precisione con cui una prova consente di valutare una determinata capacità. Si può dedurre che un test è valido quando misura effettivamente quello che dice di misurare. Per verificare la validità di un test si può utilizzare un mezzo di paragone (criterio) con il quale confrontare i risultati ottenuti dall'applicazione del test stesso (per es., per valutare la validità di un test psicopatologico si possono usare come criterio le conclusioni cui ha portato l'esame clinico in diversi pazienti esaminati con tale prova), oppure il metodo dell'analisi fattoriale, introdotto da Charles E. Spearman nel 1904. Per attendibilità si intende la costanza dei risultati ottenuti con un determinato test, quando esso sia applicato più volte al medesimo soggetto (a meno che quest'ultimo non si sia nel frattempo modificato). Un test è attendibile quando fornisce gli stessi risultati in occasioni diverse. L'attendibilità non ha un coefficiente fisso assoluto per ciascun test, ma esprime una valutazione relativa che varia a seconda che il test sia applicato a un gruppo di soggetti piuttosto che a un altro; ne consegue che il medesimo test può essere discretamente attendibile per un gruppo, scarsamente per un altro.

I test sono essenzialmente delle misurazioni obbiettive e standardizzate di un campione di comportamento supposto rappresentativo della totalità del comportamento stesso. I risultati vengono elaborati attraverso l'applicazione di metodi matematici e statistici.

Un test può essere presentato come una batteria di prove, un elenco di item (elementi, passaggi), un profilo, un questionario, un'intervista, una scheda, una scala, o una successione di stimoli proiettivi.

Per essere valido come strumento di misura, deve presentare alcune caratteristiche:

1. "standardizzazione": la somministrazione del test deve avvenire con procedure uniformi, ossia con le stesse modalità (materiali, limiti di tempo, frasi da utilizzare, assegnazione del punteggio) per tutti i soggetti testati. La "standardizzazione" prevede anche la determinazione delle norme statistiche, senza le quali non si può attribuire un punteggio: i punti "grezzi" (numero di risposte "alfa", relative alla presenza dell'attributo da misurare), ottenuti da un soggetto, vengono confrontati con quelli ottenuti da un campione di soggetti (e quindi convertiti in punteggi standard o

in "centili"), potendo così verificare se la sua prestazione rientri o meno nella norma statistica;

2. "validità": il test deve realmente misurare ciò che si è prefissato di misurare. Si distinguono:

a "*validità di contenuto*": riguarda le variabili da misurare e a chi è destinato il test; il modello teorico cui esso fa riferimento; le caratteristiche degli item; le indicazioni per il punteggio e le codifiche;

b "*validità rispetto a un criterio*": fornisce informazioni sull'utilità diagnostica di un test. Si basa su valutazioni "concorrenti", attraverso il confronto con altri test già validati o con valutazioni esterne;

c "*validità predittiva*": è data dal confronto dei risultati del test con gli indici di successo professionale o scolastico effettivamente ottenuti in un periodo successivo all'applicazione del test stesso.

3. "*attendibilità*": è l'accuratezza e la coerenza del test, e si basa sulla necessità che questo fornisca misurazioni precise, stabili e oggettive.

Se lo stesso individuo è sottoposto più volte al medesimo test, o ad una sua forma equivalente, si deve ottenere lo stesso punteggio sia in situazioni diverse, sia a distanza di tempo, sia se somministrato da persone diverse.

L'attendibilità può essere verificata attraverso:

- la coerenza interna degli stimoli del test;
- l'oggettività delle risposte rispetto ai somministratori o agli strumenti usati;
- l'oggettività di chi interpreta i risultati;
- la concordanza tra *forme parallele* dello stesso test;
- la stabilità dei risultati a successive somministrazioni (*re-test*);
- la divisione a metà (*split-half*), che consiste nella comparazione dei risultati di una metà del reattivo con quelli dell'altra metà.

1.4.2 Costruzione e validazione di un modello di indagine

Per questo lavoro, si è scelto di seguire la metodologia proposta da Churchill (1979) e Hinkin (1995) che presenta un processo di sette fasi per lo sviluppo di analisi, con i metodi

più appropriati per la progettazione di scale affidabili e valide. Il motivo principale è che il modello di indagine proposto in questo lavoro comprende l'analisi di tre diverse dimensioni psicometriche (empowerment, co-creazione e soddisfazione) che necessitano di tre scale di misura diverse e la metodologia indicata si basa proprio sullo sviluppo di misurazioni multiple ciascuna delle quali consiste di item multipli. Tuttavia, il processo sarebbe lo stesso, anche se meno complesso, per lo sviluppo di una singola scala con più item. Come è noto, ci sono molti diversi tipi di misure, ma la stragrande maggioranza delle scale utilizzate negli studi di variabili comportamentali con sondaggi attraverso questionari sono scale Likert che utilizzano un livello di intervallo di misura (Cook et al., 1981; Schmitt e Klimoski, 1991). Le Scale Likert includono diversi "punteggi", lungo un continuum, che definiscono i vari gradi o livelli dell'attributo misurato o variabile (ad esempio, accordo, frequenza, importanza etc.). La letteratura suggerisce che gli item siano scalati con cinque o sette punti Likert. Misure con scale a cinque o sette punti hanno dimostrato di creare la varianza necessaria per l'esame delle relazioni tra gli item e le scale e di creare un adeguato coefficiente alpha (Coerenza interna) e previsioni di affidabilità (Lissitz e Green, 1975).

La Figura 1 elenca i sette passi necessari per produrre scale valide, con più item, più sottoscale e a intervalli affidabili.

FIGURA 1: STEP PER LA PRODUZIONE DI SCALE VALIDE

Step 1: Item Generation

Create Items

Step 2: Content Adequacy Assessment

Test for conceptual consistency of items

Step 3: Questionnaire Administration

Determine the scale for items

Determine an adequate sample size

Administer questions with other established measures

Step 4: Factor Analysis

Exploratory to reduce the set of items

Confirmatory to test the significance of the scale

Step 5: Internal Consistency Assessment

Determine the reliability of the scale

Step 6: Construct Validity

Determine the convergent and criterion-related validity

Step 7: Replication

Repeat the scale-testing process with a new data set

FONTE: HINKIN ET AL. 1997

La creazione degli item

Il processo di sviluppo della scala inizia con la creazione di item per valutare il costrutto in esame. Questo processo può essere condotto induttivamente, generando prima gli item, da cui sono poi derivate le scale, o deduttivamente, a partire da una definizione teorica dalla quale sono poi generati gli item. Entrambi questi approcci vengono usati nella ricerca comportamentale e la decisione deve essere effettuata in base a quale risulta più appropriato in una particolare situazione.

L'approccio induttivo è di solito utilizzato quando si esplora un fenomeno sconosciuto sul quale esiste poca teoria. Agli esperti in materia in genere viene richiesto di fornire descrizioni dei loro sentimenti circa le loro organizzazioni o di descrivere alcuni aspetti del comportamento. Le risposte vengono poi classificate in una serie di categorie per l'analisi dei contenuti in base a parole chiave o temi. Dalla classificazione delle risposte vengono poi derivati gli item.

Lo sviluppo di una scala deduttiva utilizza un costrutto di base che viene poi usato come guida per la creazione di item (Schwab, 1980). Questo approccio richiede uno studio della letteratura e del fenomeno da indagare e aiuta ad assicurare adeguatezza dei contenuti nelle scale finali. Nella maggior parte delle situazioni in cui esiste una qualche teoria, l'approccio deduttivo sarebbe più appropriato. L'approccio deduttivo è quello seguito in questa tesi.

Ci sono diverse linee guida da seguire per assicurare che gli item siano ben costruiti. Gli item dovrebbero affrontare un solo problema; le voci con doppio significato, come "I miei dipendenti sono dediti e infaticabili" possono rappresentare due costrutti e provocare confusione negli intervistati. È anche importante che tutti gli item siano coerenti in termini di prospettiva, assicurandosi di non mescolare gli item che valutano i comportamenti con quelli che valutano risposte affettive o esiti di comportamenti (Harrison e McLaughlin, 1993). Le dichiarazioni dovrebbero essere semplici e più brevi possibile e il linguaggio utilizzato dovrebbe essere familiare e calibrato sugli intervistati. Gli items negativamente-formulati, o reverse-gol, devono essere usati con cautela in quanto alcuni di questi item intercalati casualmente all'interno di una misura possono avere un effetto negativo sulle sue proprietà psicometriche (Harrison e McLaughlin, 1991). Gli item devono essere compresi dall'intervistato come previsto dal ricercatore se si vogliono ottenere risposte significative. Infine, ridondanze nel contenuto sono desiderabili per la creazione di item multipli perché sono il fondamento dell'affidabilità della coerenza interna.

Non ci sono regole specifiche circa il numero di item da conservare, ma esistono alcune euristiche utili. Una misura deve essere internamente coerente e bisogna essere parsimoniosi, deve essere composta da un numero minimo di elementi che valutano adeguatamente il dominio di interesse (Thurstone, 1947). Un'adeguata affidabilità della coerenza interna può essere ottenuta con quattro o cinque item per scala (Harvey, Billings e Nilan, 1985; Hinkin e Schriesheim, 1989). Mantenere una misura breve è un mezzo efficace per ridurre al minimo i bias di risposta causati dalla noia o stanchezza (Schmitt e Stults, 1985). Item aggiuntivi richiedono anche più tempo sia nello sviluppo che nella somministrazione di una misura (Carmines e Zeller, 1979). Questi problemi potrebbero suggerire che una scala di qualità composta da quattro a sei elementi potrebbe essere sviluppata per la maggior parte dei costrutti o dimensioni concettuali. Una volta che la

scala è stata sviluppata bisogna procedere con il pre-test per valutare l'adeguatezza del contenuto e l'affidabilità degli item.

Valutazione dell'adeguatezza del contenuto

Un passo ancora necessario e spesso trascurato nel processo di sviluppo di una scala è il pre-testing degli item per l'adeguatezza dei contenuti. In molti casi i ricercatori hanno investito molto tempo e sforzo nel raccogliere grandi insiemi di dati solo per scoprire che una misura importante è viziata. Assicurare l'adeguatezza dei contenuti prima dello sviluppo del questionario finale fornisce il supporto per la validità del costrutto in quanto consente l'eliminazione di item che possono essere concettualmente incoerenti.

Diversi metodi di valutazione dei contenuti sono stati descritti nella letteratura sulla metodologia della ricerca (Nunnally, 1978).

Un metodo ampiamente utilizzato per lo svolgimento di valutazioni del contenuto utilizza le tecniche di analisi fattoriale per valutare quantitativamente l'adeguatezza dei contenuti di un set di item di nuova concezione (Schriesheim, et al. 1993). Gli item che sulla base delle risposte del pre-test risultano adagati dalla factor analysis vengono conservati per la successiva somministrazione ad un ulteriore campione.

Questa tecnica è molto semplice e lineare e permette un test statistico dell'adeguatezza dei contenuti. Questo può essere condotto con un campione relativamente piccolo e ha un costo molto basso.

Non si riuscirà mai a garantire la validità di una scala, ma si può fornire prova che gli item rappresentano una ragionevole misura del costrutto in esame e ridurre le probabilità di una successiva modifica della scala. Gli item che rimangono dopo questa analisi, possono essere utilizzati con una certa sicurezza per la raccolta dei dati.

La somministrazione dei questionari

Gli item trattenuti sono poi presentati a un campione appropriato per esaminare quanto bene questi item confermano le aspettative relative alle proprietà psicometriche di questa nuova misura. I dati devono essere raccolti da un campione di dimensioni adeguate per

condurre in modo appropriato analisi successive. In genere per il pre-test sono necessarie poche decine di intervistati, per testare invece il modello definitivo, risultante dal pre-test, c'è un sostanziale dibattito sulla dimensione del campione necessaria per opportunamente condurre il test di significatività statistica. Sembra che il numero di variabili o item da valutare debba dettare la dimensione del campione necessaria per ottenere risultati affidabili. Le prime raccomandazioni riguardo il rapporto tra gli item e le risposte necessarie sia da 1: 4 (Rummel, 1970) ad almeno 01:10 (Schwab, 1980) per ogni set di scale da analizzare fattorialmente. Recenti studi hanno scoperto che, spesso, un campione di 150 osservazioni dovrebbe essere sufficiente per ottenere una accurata soluzione in analisi fattoriale esplorativa, purché le intercorrelazioni tra gli item siano abbastanza forti (Guadagnoli e Velicer, 1988). Per l'analisi fattoriale confermativa, si consiglia un minimo di un campione di 100 (Bollen, 1989).

Al termine della raccolta dei dati è essenziale valutare le prestazioni degli item per determinare se essi costituiscono adeguatamente la scala. La loro valutazione attraverso l'analisi fattoriale è una delle fasi più critiche nel determinare la fattibilità della scala.

1.4.3 La Factor Analysis

L'analisi fattoriale è un metodo statistico utilizzato per descrivere la variabilità tra le variabili osservate e correlate in termini di un numero potenzialmente minore di variabili non osservate chiamati fattori. Ad esempio, è possibile che le variazioni di sei variabili osservate riflettano principalmente le variazioni in due (sottostanti) variabili inosservate. L'analisi fattoriale ricerca tali variazioni comuni in risposta a variabili latenti inosservate. Le variabili osservate sono modellate come combinazioni lineari dei potenziali fattori, oltre a termini di "errore". L'analisi fattoriale si propone di trovare variabili latenti indipendenti. I sostenitori dei metodi analitici fattoriali ritengono che le informazioni acquisite sulle interdipendenze tra le variabili osservate può essere utilizzato successivamente per ridurre l'insieme di variabili in un insieme di dati. L'analisi fattoriale non viene utilizzata in misura significativa in fisica, biologia e chimica, ma è molto usata nelle teorie della personalità psicometrica, nel marketing, nel product management e nell'operational research.

L'analisi fattoriale è legata all'analisi delle componenti principali (PCA), ma i due metodi non sono identici (Bartholomew et al., 2008). Ci sono molte polemiche sulle differenze tra le due tecniche. La PCA è una versione più semplice di un'analisi fattoriale esplorativa (EFA). Dal punto di vista dell'analisi esplorativa, gli autovalori di PCA sono carichi d'elementi gonfiati, cioè, contaminati con varianza dell'errore (Cattell, 1978; Fruchter, 1954; Child, 2006; Gorsuch, 1983).

Ci sono due tipi principali di analisi fattoriale disponibili per lo sviluppo della scala. Il primo è denominato esplorativo ed è comunemente usato per ridurre l'insieme di variabili osservate a una serie più parsimoniosa di variabili. Il secondo tipo è chiamato confermativo e viene utilizzato per valutare la qualità della struttura fattoriale testando statisticamente la significatività del modello complessivo (ad esempio, la distinzione tra scale), nonché le relazioni tra gli item e le scale. Quando si utilizza l'approccio induttivo, l'analisi fattoriale esplorativa può essere più utile per identificare le voci che funzionano come previsto. Per gli studi deduttivi l'analisi fattoriale confermativa può essere più utile. Entrambi i tipi di analisi possono essere utilizzati, tuttavia, sia negli studi induttivi che deduttivi. Prima di condurre l'analisi fattoriale, il ricercatore può trovare utile esaminare le correlazioni tra gli item e tra le variabili e qualsiasi variabile che si correla a meno di 0,4 con tutte le altre variabili può essere eliminata dall'analisi (Kim e Mueller, 1978). Una bassa correlazione indica che gli item che non sono tratti dal dominio appropriato e che stanno producendo errori e inaffidabilità (Churchill, 1979).

Exploratory Factor Analysis

Un metodo di factoring comune, come l'analisi delle componenti principali, è consigliato in quanto rileva gli errori di varianza comuni, specifici e casuali (Ford, MacCallum e Tait, 1986; Rummel, 1970). Il numero di fattori da trattenere dipende sia dalla teoria di fondo che dai risultati empirici. Tuttavia, non ci sono regole specifiche per trattenere gli item. Autovalori maggiori di 1 (criterio di Kaiser) o uno screen test della percentuale di varianza spiegata (Cattell, 1966) sono comunemente utilizzati per determinare il numero di fattori da conservare, se i fattori vengono considerati sostanzialmente scorrelati, deve essere usata una rotazione ortogonale; se i fattori si considerano correlati, dovrebbe essere

usata una rotazione obliqua. Può essere utile condurre entrambi i tipi di analisi per determinare quali item mantenere.

L'obiettivo è quello di individuare gli item che rappresentano più chiaramente il dominio dei contenuti del costrutto sottostante. Solo gli elementi che rappresentano chiaramente un singolo fattore dovrebbero essere mantenuti. Anche in questo caso, non ci sono regole precise, ma il livello .40 è il criterio più comunemente usato nel giudicare pesi fattoriali come significativi (Ford et al., 1986). Può essere utile esaminare anche le statistiche di comunanza per determinare la percentuale della varianza nella variabile spiegata da ciascuno degli item, mantenendo gli item con punti in comune più alti. Anche la percentuale della varianza totale dell'item è importante; maggiore è la percentuale, meglio è. Ancora una volta non ci sono linee guida rigorose, ma il 60% può rappresentare un obiettivo minimo accettabile. A questo punto gli item inappropriati possono essere cancellati e l'analisi ripetuta, fino a quando non si ottiene una struttura fattoriale che presenta una percentuale elevata di varianza totale degli item (Getty e Thompson, 1994).

Confirmatory Factor Analysis

Anche se l'analisi fattoriale esplorativa può essere molto utile per valutare la misura in cui un insieme di item valuta un particolare dominio di contenuti, una delle principali debolezze di questa tecnica è l'incapacità di quantificare la bontà dell'adattamento della struttura fattoriale risultante (Long, 1983). Inoltre, l'analisi fattoriale esplorativa comporta un'interpretazione post hoc dei risultati, mentre l'analisi fattoriale confermativa specifica a priori le relazioni e distinzioni tra le scale o variabili di interesse. Gli item che si caricano in modo chiaro in un'analisi fattoriale esplorativa possono evidenziare una mancanza di adattamento in un modello di misurazione di indicatori multipli per mancanza di coerenza esterna (Gerbing e Anderson, 1988). Come tale, si raccomanda che le nuove scale siano sottoposte ad analisi fattoriale confermativa, anche se le analisi esplorative sono state condotte. Nello sviluppo della scala, l'analisi fattoriale confermativa dovrebbe essere proprio questo: una conferma che le analisi precedenti sono state condotte accuratamente e opportunamente.

L'analisi fattoriale confermativa è un tipo di analisi delle equazioni strutturali che è progettata per valutare la bontà dell'adattamento di modelli rivali: un modello è nullo

quando tutti gli item caricano su fattori separati, un modello unico è un modello con il numero di fattori uguali al numero di costrutti (Joreskog and Sorbom, 1993); ogni item carica solo sul suo fattore appropriato. Si raccomanda che l'analisi fattoriale confermativa sia condotta utilizzando la matrice di varianza-covarianza degli item (Harvey et al., 1985). Ci sono diverse statistiche che possono essere utilizzate per valutare la bontà dell'adattamento. Il chi-quadro permette la valutazione di adattamento di un modello specifico, nonché il confronto tra due modelli. Più piccolo è il chi-quadro, migliore è l'adattamento del modello. Si ritiene che un chi-quadro due o tre volte più grande dei gradi di libertà assunti è accettabile (Carmines e McIver, 1981), ma la misura è considerata migliore quanto più il valore di chi-quadrato è vicino ai gradi di libertà (Thacker, Fields, e Tetrick, 1989). Una non significatività del chi-quadro è auspicabile, poiché indica che le differenze tra la matrice di varianza-covarianza del modello specificato (a priori) e la matrice di varianza-covarianza del modello osservato sono abbastanza piccole da considerarsi causate da fluttuazioni di campionamento. Tuttavia, il chi-quadro è molto sensibile alle dimensioni del campione. Come tale, un chi-quadro significativo non può essere problematico se gli indici di adattamento aggiuntivi sono adeguati.

Oltre al chi-quadro, ci sono attualmente circa 30 indici della bontà di adattamento che possono essere utilizzati per l'analisi fattoriale confermativa (MacKenzie, Podsakoff, e Fetter, 1991). Muliak, et al. (1989) raccomandano l'uso di indici come Adjusted Goodness of Fit Index, Normalized Fit Index, and Tucker-Lewis Index per valutare la corrispondenza tra il modello proposto e i dati. Inoltre, è stato suggerito l'uso di indici relativi di adattamento, come Comparative Fit Index, per controllare gli effetti della dimensione del campione di prova. Ognuno di questi indici misura la quantità di varianza e covarianza rappresentata nel modello, e valori compresi tra 0 e 1. A differenza del chi-quadro, non esiste un test statistico di adattamento. Come tale, l'interpretazione di questi indici è alquanto personale. Come euristica, un valore sopra .90 indica un ragionevole adattamento del modello (Widaman, 1985). Può anche essere utile un esame della Root Mean Square Residual, considerando accettabili i valori inferiori a 0,05 (Bagozzi, Yi e Phillips, 1991). I due pacchetti software più comunemente utilizzati per lo svolgimento dell'analisi fattoriale confermativa sono Joreskog and Sorbom's LISREL e Bentler's EQS, e ognuno fornisce un elenco abbastanza completo di indici di adattamento (Bollen, 1989).

Una volta che la forma generale del modello è stata esaminata, è necessaria un'interpretazione supplementare. In primo luogo, ogni coefficiente del modello (ad esempio, item) dovrebbe essere esaminato individualmente per gradi di adattamento. Selezionando un livello desiderato di significatività, il ricercatore può utilizzare i t-valori per testare l'ipotesi nulla in cui il valore dei parametri specificati è pari a zero e determinare se gli item sono buoni indicatori di una particolare scala. Gli item che non sono significativi possono essere eliminati. In secondo luogo, devono essere considerati gli indici di modifica. Mentre i t-valori forniscono una stima di adattamento per i parametri specificati, gli indici di modifica forniscono informazioni in merito a parametri non specificati. Un indice di modifica indica che un parametro potrebbe contribuire a spiegare, ma non è specificato, la varianza nel modello.

Se il risultato rivela grandi indici di modifica, il modello dovrebbe essere rispecificato e l'analisi ripetuta, consentendo alle voci con i maggiori indici di caricare sul fattore corrispondente. Tuttavia, queste modifiche devono essere effettuate solo se sono teoricamente plausibili. L'output dovrebbe quindi essere riesaminato, con particolare attenzione ai t-values per tutti i carichi specificati. Anche in questo caso, non ci sono regole precise, ma meno modifiche si apportano al modello iniziale, meglio è. Se tutti i carichi appropriati sono significativi a $p < .01$ o meno e il livello di grandezza e la significatività di eventuali inappropriati cross-loadings sono relativamente piccoli, il ricercatore può essere certo che i dati si adattano al modello abbastanza bene. L'esecuzione della rispecificazione del modello dovrebbe tradursi in un minore indice chi-quadrato e maggiore bontà di adattamento.

Internal Consistency Assessment

Dopo che l'analisi esplorativa e confermativa dei fattori sono state condotte e tutti gli elementi "cattivi" sono stati eliminati, deve essere calcolata l'affidabilità della coerenza interna per ciascuna delle scale (Gerbing and Anderson, 1988). L'affidabilità può essere calcolata in vari modi, ma il più comunemente accettato nel campo degli studi sulle misure per valutare la coerenza interna della scala è l'alfa di Cronbach che descrive come gli elementi misurano lo stesso costrutto (Price e Mueller, 1986). Un coefficiente alfa alto (0,70 per le misure esplorative, Nunnally, 1978) fornisce un'indicazione di una forte

covarianza tra gli item o omogeneità e suggerisce che il dominio di campionamento è stato adeguatamente catturato (Churchill, 1979).

Construct Validation

A questo punto, le nuove scale dovrebbero dimostrare la validità dei contenuti (step 2) e affidabilità della coerenza interna (step 5), entrambi i quali forniscono prove a supporto della validità del costrutto. Ulteriori prove di validità del costrutto possono essere effettuate esaminando la misura in cui il modello è in correlazione con altre misure volte a valutare costrutti simili (Validità convergente) e quanto non è correlato con misure dissimili (validità discriminante).

CAPITOLO 2 - BACKGROUND SCIENTIFICO: LA CO-CREAZIONE DI VALORE

L'interazione effettiva e reale tra operatori vari, aziende e collettività implica, necessariamente, la partecipazione dei diversi attori citati all'interno del processo di co-creazione di un valore sostenibile a beneficio di tutti (Polese, 2013).

La complessa organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, la numerosità degli attori, l'ambizioso perseguimento della sua finalità (la salute pubblica), stimola l'approfondimento delle logiche che possano supportare la creazione di valore per i diversi attori coinvolti e, ovviamente, per il beneficiario principale, vale a dire il paziente. Il perseguimento della salute dei cittadini deve essere organizzato in modo più funzionale, al fine di consentire il soddisfacimento delle proprie esigenze ad un variegato insieme di utenti, sempre compatibilmente con la disponibilità delle risorse degli attori coinvolti nel processo di erogazione del servizio.

Le soluzioni dovrebbero poter essere replicabili, scalabili e versatili ai contesti più diversi, per essere utili. In realtà, tutte le innovazioni sono capaci di risolvere problemi specifici ma non sempre risultano applicabili alla rete sanitaria nel suo complesso. Molti attori sono coinvolti in tale complessità, ognuno di loro ha delle priorità e finalità, e le organizzazioni sono spesso differenti. La loro interazione è soggetta, di fatto, alle inevitabili differenze di linguaggio e finalità operative. Per contribuire seriamente a rinnovare i sistemi di servizio sanitario, così complessi ed articolati, e sostenere realmente lo sviluppo di una nuova governance, sostenibile, moderna ed efficiente, complementare ai prodotti già in corso di implementazione, è possibile proporre soluzioni volte ad abbracciare tutti gli attori coinvolti lungo la catena di approvvigionamento, compreso l'utente finale (il paziente). È con questo intento che giova approfondire recenti logiche di creazione di valore, capaci di magnificare il contributo dei molteplici attori partecipanti al processo.

In questo capitolo si analizza la diffusione del concetto di co-creazione di valore nella disciplina del marketing con particolare riferimento all'introduzione e sviluppo del paradigma della Service-Dominant logic che viene esaminato attraverso un'analisi bibliometrica basata sul network delle citazioni. Vengono descritti anche i contributi della Service Science alla co-creazione di valore e allo sviluppo di una sanità intelligente e le sue connessioni con la Service-Dominant logic. La diffusione del concetto di co-creazione del valore in ambito sanitario viene analizzata attraverso una revisione della letteratura. I contributi più rilevanti vengono esaminati suddivisi per area tematica.

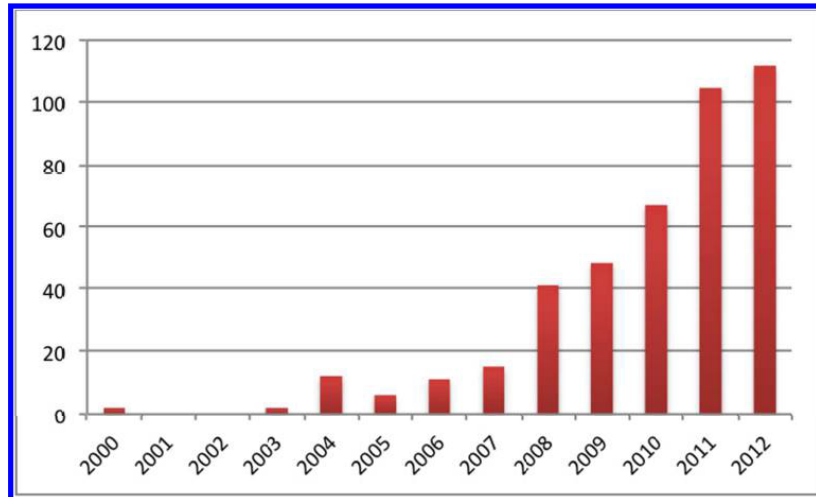
2.1 Introduzione sulla co-creazione di valore

La co-creazione di valore, che si è sviluppata come un nuovo paradigma nella letteratura di management, consente agli attori di una rete di creare valore attraverso le interazioni. Può essere definita come un processo collaborativo, concomitante, da pari a pari, di produzione di un nuovo valore dal significato condiviso materialmente e simbolicamente. Nella letteratura scientifica c'è un dibattito in corso sulle differenze tra co-creazione e co-produzione di valore e il bisogno di distinguere tra le stesse (Grönroos and Voima, 2013; Cova et al., 2013). In questo lavoro, si considera la co-creazione come un concetto più generale che comprende tutte le circostanze teoriche ed empiriche in cui le aziende e i clienti generano valore attraverso l'interazione (Vargo and Lusch, 2008).

Il significato di valore, il processo per la sua creazione e il luogo della sua determinazione sono stati discussi fin dai tempi di Aristotele e sono centrali nel lavoro di Smith (1776). Adam Smith (1776) introdusse la discussione sul valore e sulla creazione di valore nello sviluppo dell'economia e degli studi sugli scambi di mercato. D'accordo con Smith, "la parola valore, deve essere considerata con due diversi significati: talvolta esprime l'utilità di un oggetto particolare, mentre talvolta, il potere di acquisto di altri beni che il possesso di quell'oggetto esprime". Smith li ha chiamati rispettivamente "valore d'uso" e "valore di scambio", e ha spiegato che "le cose che hanno il maggior valore d'uso hanno spesso poco o nessun valore di scambio; e, al contrario, quelle che hanno il maggior valore di scambio hanno spesso poco o nessun valore d'uso".

Il dibattito sulla co-creazione di valore è cresciuto notevolmente nell'ultima decade, infatti, dai primi anni del 2000, la co-creazione si è diffusa rapidamente attraverso saggi teorici e analisi empiriche, sfidando alcuni dei più importanti pilastri delle economie capitaliste.

FIGURA 2: NUMERO DI ARTICOLI SULLA CO-CREAZIONE PUBBLICATI IN RIVISTE INTERNAZIONALI CON DOPPIO REFERAGGIO TRA IL 2000 E IL 2012.



Fonte: Galvagno e Dalli, 2014

Galvagno e Dalli (2014), hanno condotto una revisione sistematica della letteratura sulla teoria della co-creazione di valore e hanno rilevato che la co-creazione è considerata da diverse prospettive teoriche che sono strettamente connesse le une alle altre; le più importanti sono: service science (29.9%); Innovation and technology management (16.6%); Marketing and consumer research (13.0%); ma, sulla base del numero di articoli, la service science è la prospettiva dominante.

Secondo Ostrom et al. (2010, p. 5), “la scienza del servizio può essere definita come un emergente campo di indagine interdisciplinare che si concentra sulla scienza, modelli, teorie e applicazioni utili a guidare l’innovazione del servizio, la concorrenza e il benessere attraverso la co-creazione di valore”. La relativa letteratura è strettamente correlata alla Service-Dominant logic (S-D logic) (Vargo and Lush, 2004, 2008). Infatti, la S-D logic è stata riconosciuta come un importante framework teorico per lo sviluppo degli studi sulla co-creazione di valore ed è quindi emersa come un modo per la comprensione dei mercati e del marketing che sposta il focus dalla creazione e distribuzione di outputs alla co-creazione di valore con i consumatori attraverso il servizio (inteso come applicazione di conoscenza e competenze).

La S-D logic è una alternativa centrata sul servizio per la comprensione degli scambi economici e della co-creazione di valore al tradizionale paradigma centrato sui beni (Goods-Dominant logic). Si basa sull'idea che il servizio, l'applicazione di competenze per il beneficio di altre persone, è la base fondamentale della creazione di valore attraverso lo scambio.

Una teoria che integra i contenuti della S-D logic è la Service Science promossa e sviluppata da IBM Almaden Research Centre, negli Stati Uniti d'America. La rilevanza di questi contributi è fondamentale per la comprensione dei temi di connessione tra la scienza sanitaria e l'avanzamento tecnologico.

2.2 L'evoluzione del marketing: dalla Goods-Dominant logic alla Service-Dominant logic

I primi studi di marketing risalgono alla fine del 1920, ma è solo a partire dalla seconda metà del secolo scorso, che questa disciplina ha conosciuto un notevole sviluppo e una concettualizzazione più organica.

Prima del 1960, il marketing è stato considerato come un trasferimento di proprietà dei beni e la loro distribuzione fisica (Savitt, 1990); è stato visto come "l'applicazione del movimento alla materia" (Shaw, 1912).

Il marketing ha ereditato dalle teorie economiche una logica per cui i beni materiali sono l'obiettivo primario dello scambio e i servizi (raramente menzionati) sono solo una ristretta categoria di beni immateriali o un supplemento che aumenta il valore di un bene (Converse, 1921; Fisk, Marrone e Bitner 1993).

La produzione avviene separatamente dal cliente e si traduce in prodotti standardizzati che sono dotati di valore durante il processo di fabbricazione, questo valore viene poi distrutto durante il consumo (Vargo e Morgan, 2005).

D'accordo con Vargo e Lusch (2004), in questo lavoro si chiama questa logica Goods-Dominant (G-D) logic, ma altri autori hanno fatto riferimento alla stessa come "neoclassical economics research tradition" (Hunt, 2000), "manufacturing logic" (Normann, 2001), "old enterprise logic" (Zuboff and Maxmin, 2002), e "marketing management" (Webster, 1992).

Negli anni '50 e '60, alcuni pionieri del marketing dei servizi (McDowell, 1953; Parker, 1958) hanno evidenziato la necessità di dedicare maggiore attenzione ai servizi e fornire una loro definizione (Judd, 1964; Rathmell, 1966) prevedendo una "rivoluzione dei servizi" che avrebbe modificato in modo significativo il comportamento dei consumatori (Regan, 1963). Quindi, questo periodo iniziale di pensiero del servizio, definito da Fisk, Brown, e Bitner (1993) come stadio "Crawling Out", è stato caratterizzato dal dibattito sulla definizione dei servizi e la distinzione tra i servizi e le merci (Johnson, 1969).

Negli anni '70, diversi studiosi hanno iniziato ad esplorare i servizi in diversi aspetti come le differenze tra i canali di commercializzazione per i servizi e per i beni (Donnelly, 1976); il marketing nell'industria dei servizi (George e Barksdale, 1974), i servizi di vendita al dettaglio (George, 1977) e la funzione marketing delle aziende di servizi (Gronroos, 1979).

A partire dagli anni '80, gli studi di marketing hanno cominciato a concentrarsi sulle differenze tra beni e servizi e su come adattare le strategie di marketing a queste differenze. Zeithaml, Parasuraman, e Berry (1985), hanno individuato quattro caratteristiche che differenziano i servizi dai beni: inseparabilità tra produzione e consumo, eterogeneità, inventoriabilità, e deperibilità (in realtà note come le caratteristiche "IHIP", dalla definizione di Lovelock e Gummesson (2004)), ma diversi studiosi le hanno criticate esprimendo la necessità di passare da una prospettiva in cui i servizi sono alternativi alle merci, ad una in cui i servizi sono considerati come base per qualsiasi offerta (Gummesson e Grönroos, 1987; Schlesinger e Heskett, 1992; Normann e Ramirez, 1993; Grönroos, 1994; Rust, 1998).

In particolare, Gummesson (2000) ha definito la tradizionale divisione tra beni e servizi superata da tempo perché i clienti non comprano beni o servizi ma acquistano delle offerte che rendono servizi che a loro volta creano valore (Gummesson, 1995).

Grönroos (2000a) ha suggerito che il marketing dei beni e dei servizi dovrebbero convergere, anche se i principi orientati al servizio saranno i principi di marketing dominanti in futuro (Grönroos, 2000b).

Nel corso degli ultimi decenni, si è constatato che la G-D logic non consentiva la comprensione del fenomeno degli scambi inter-aziendali, molto diversi dagli scambi impresa-consumatore, ed è nata la sub-disciplina del marketing Business to Business (B2B). Gli studiosi del B2B marketing hanno iniziato ad esplorare le strutture e le

relazioni essenziali per la comprensione del fenomeno, ma che mancavano nella logica G-D, e hanno introdotto la prospettiva dei network (Hakansson e Snehota, 1995), i concetti di interattività e relazioni (Gummesson, 2006; Ulaga e Eggert, 2006), e la prospettiva economic-actor-to-economic-actor (Hakansson e Prencert, 2004). Inoltre, è stato il marketing B2B che per primo ha suggerito il passaggio dalla comprensione dello scambio in termini di prodotti a concetti di valore (Moller, 2006; Lingreen e Wynstra, 2005; Ulaga, 2003) e ha riconosciuto la necessità di sviluppare collaborazioni e partnership con i clienti (Bucklin, 1970; McCammon, 1970), estendendo la fonte della creazione di valore alle relazioni e alle reti (Moller e Torronen, 2003; Kothandaraman e Wilson, 2001).

Quindi, gli approcci relazionali si sono stabiliti nel marketing, abbracciando sia beni che servizi. L'orientamento dell'impresa si è spostato dal marketing tradizionale a modelli alternativi come la centralità two-party (cliente-fornitore) o multi-party (rete), piuttosto che su una sola parte (fornitore o cliente) (Christopher et al., 2002; Payne e Frow 2005; Gummesson, 2008a); lo scambio come relazioni piuttosto che come transazioni (Berry, 1983); la qualità come percezione del cliente piuttosto che standard ingegneristici (Gronroos 1983); e il capitale dell'impresa rappresentato dai suoi clienti piuttosto che dai suoi marchi (Rust et al. 2000).

Questi progressi hanno avuto un enorme impatto sulla disciplina del marketing e hanno annunciato il rovesciamento del modello basato sulla produzione e sullo scambio di output (logica G-D) a favore di un modello basato sul servizio come elemento di tutti gli scambi, che Vargo e Lusch (2004; 2006) hanno chiamato Service-Dominant (SD) logic. La S-D logic considera il servizio (l'applicazione di competenze per il bene degli altri), come l'obiettivo primario delle attività di scambio.

I beni, quando coinvolti, sono considerati solo veicoli per la fornitura di servizi (un processo di collaborazione tra tutte le parti coinvolte al fine di ottenere un servizio reciproco). Pertanto, il valore non si muove dal produttore e non viene distrutto dal consumatore, ma è il risultato di un processo di co-creazione tra le parti, superando la distinzione tra produttore e consumatore. Le transizioni più importanti dalla G-D logic alla S-D logic sono descritte nella Tabella 1.

TABELLA 1: PASSAGGIO DALLA GOODS-DOMINANT LOGIC ALLA SERVICE-DOMINANT LOGIC

<i>Goods-Dominant logic</i>	<i>Service-Dominant logic</i>
<i>Realizzare qualcosa (beni o servizi)</i>	<i>Assistere i consumatori nei loro processi di creazione del valore</i>
<i>Valore prodotto</i>	<i>Valore co-creato</i>
<i>Consumatori come identità isolate</i>	<i>Clienti nell'ambito dei loro network</i>
<i>Risorse dell'impresa principalmente come risorse operandi</i>	<i>Risorse dell'impresa principalmente come risorse operanti</i>
<i>Consumatori come target</i>	<i>Consumatori come risorse</i>
<i>Supremazia dell'efficienza</i>	<i>Efficienza attraverso l'efficacia</i>

Fonte: VARGO E LUSCH (2008A)

Quindi, tornando alla precedente distinzione tra i due significati generali di valore “valore di scambio” e “valore d’uso”, il primo si riferisce alla G-D logic ed è basato sul significato di scambio del valore (vedi Vargo e Lusch, 2004; Vargo e Morgan, 2005). Nella G-D logic, il valore è creato (fabbricato) dall’impresa e distribuito sul mercato, generalmente attraverso lo scambio di beni e denaro. Da questa prospettiva il ruolo di “consumatore” e di “produttore” sono distinti e la creazione di valore è di solito intesa come una serie di attività svolte dall’impresa. La seconda visione si riferisce alla S-D logic ed è connessa al significato di valore d’uso (Vargo e Lusch, 2008). Nella S-D logic, il ruolo dei produttori e dei consumatori non è distinto, ovvero il valore è sempre co-creato congiuntamente e reciprocamente, in interazioni tra i fornitori e i beneficiari attraverso l’integrazione di risorse e l’applicazione di competenze. In questo caso, consumatori e produttori co-creano valore: i produttori applicano la loro conoscenza e le competenze alla produzione del bene, e i consumatori applicano la loro conoscenza e le competenze all’uso del bene nel contesto della propria vita. Allo stesso tempo, i consumatori integrano e applicano le loro proprie risorse per fornire un servizio (spesso scambiato sotto forma di diritti di servizio - il denaro - che l’impresa può utilizzare per le proprie attività di creazione di valore). Il valore è co-creato da questa relazione reciproca e mutualmente vantaggiosa.

2.3 La diffusione della S-D logic nella letteratura: analisi bibliometrica

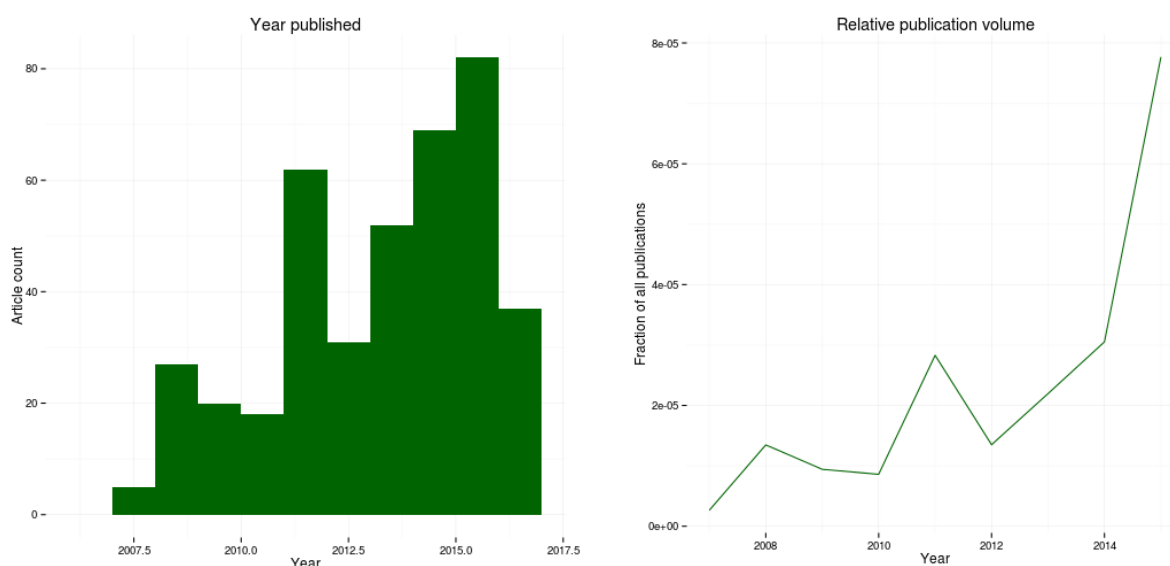
In questo lavoro si ritiene utile fornire una panoramica dello sviluppo e della rilevanza della S-D logic negli studi di marketing e management, attraverso un'analisi bibliometrica volta ad analizzare come il concetto della co-creazione del valore, base scientifica di questo lavoro, si è diffuso e sviluppato nella disciplina del marketing e del management. I dati bibliografici sono stati raccolti da ISI Web Of Science (WOS) cercando nel topic le parole chiave "Service-dominant logic" nelle categorie di ricerca "Management" e "Business".

La ricerca ha restituito 403 pubblicazioni che sono state esaminate attraverso l'adozione di una web-based social network analysis (SNA) (vedi Knutas et al., 2015). L'analisi individua gli autori più importanti e più citati, le riviste che contengono le pubblicazioni più popolari e più citate e le keyword più utilizzate e citate nelle pubblicazioni sulla S-D logic nel dataset, in base al numero di presenze e al conteggio delle citazioni. È stata creata una rete di citazioni in base ai dati restituiti e utilizzata per identificare gli articoli più importanti in base a tre misure: in-degree nel network di citazioni, total citation count fornito da WOS e PageRank scores. In un secondo momento, sono stati individuati anche gli articoli più citati ma non presenti nel dataset originale scaricato da Web of Science.

2.3.1 Risultati dell'analisi bibliometrica

Dall'analisi bibliometrica, emerge che la S-D logic può essere considerata come un nuovo paradigma che si è sviluppato nella letteratura di marketing negli ultimi dieci anni. Sin dalla sua introduzione nel 2004, con il lavoro di Stephen Vargo e Robert Lusch dal titolo "Evolving to a new Dominant logic for Marketing", l'interesse dei ricercatori e le conseguenti pubblicazioni su questo tema sono aumentate rapidamente, raggiungendo un picco tra il 2015 e il 2016 con più di 80 articoli sulla S-D logic in un anno. La discussione sulla logica di servizio è quindi attuale e ancora in crescita nella comunità scientifica, come mostrato nella Figura 3, che illustra la distribuzione nel tempo e il volume relativo delle pubblicazioni sulla S-D logic.

FIGURA 3: ANNO DI PUBBLICAZIONE E VOLUME RELATIVO DI PUBBLICAZIONI SULLA S-D LOGIC



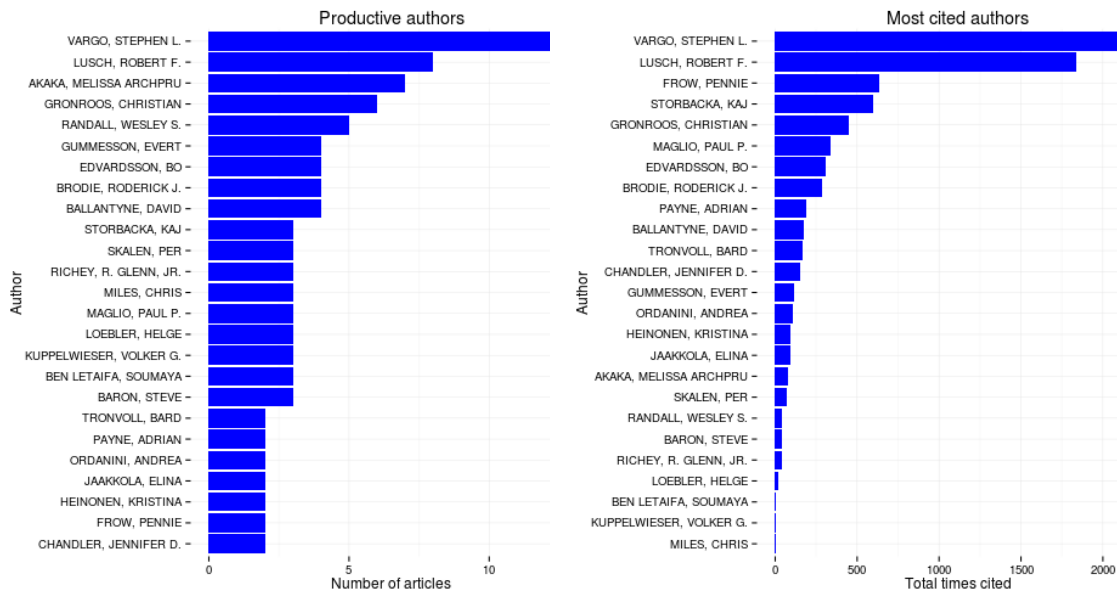
FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE DEI DATI SNA RACCOLTI DA WOS

Vargo e Lusch sono stati i primi autori a proporre la S-D logic come una risposta per il superamento della vecchia logica (G-D), che molti studiosi di marketing stavano suggerendo da un po' di tempo. Gli autori hanno dedicato gli ultimi 12 anni della loro ricerca allo sviluppo, promozione e perfezionamento di questo paradigma, confermandosi come gli autori più produttivi e più citati (Figura 4). Tuttavia, l'analisi mostra che la S-D logic ha catturato l'interesse di alcuni tra i più importanti studiosi nel settore del management e del marketing, come Christian Grönroos, considerato tra i padri della scuola del servizio e del marketing relazionale, famoso per il suo modello della qualità percepita, e che è stato selezionato come uno delle "Leggende del Marketing" nella serie "Sage Publications" (Sheth, 2014); e Evert Gummesson, conosciuto come un pioniere internazionale nel campo del servizio, delle relazioni e della metodologia qualitativa, con particolare riferimento al marketing many-to-many e alle reti, e che ha ricevuto l'American Marketing Association (AMA) Award per la leadership nei servizi.

Tra altri importanti autori di marketing e management, come Pennie Frow, Adrian Payne, Bo Edvardsson, e David Ballantyne, nella lista degli autori della S-D logic più produttivi e più citati, troviamo anche Paul Maglio, uno dei fondatori della Service Science (SS). Anche se la S-D logic e la SS sono nate in maniera indipendente, la prima nel mondo accademico e la seconda nella pratica aziendale, ci si è resi conto che entrambe si

focalizzano sullo sviluppo degli stessi concetti: servizio e co-creazione di valore. Quindi, i loro contributi teorici e pratici sono stati integrati e la S-D logic è diventata la filosofia fondante della SS.

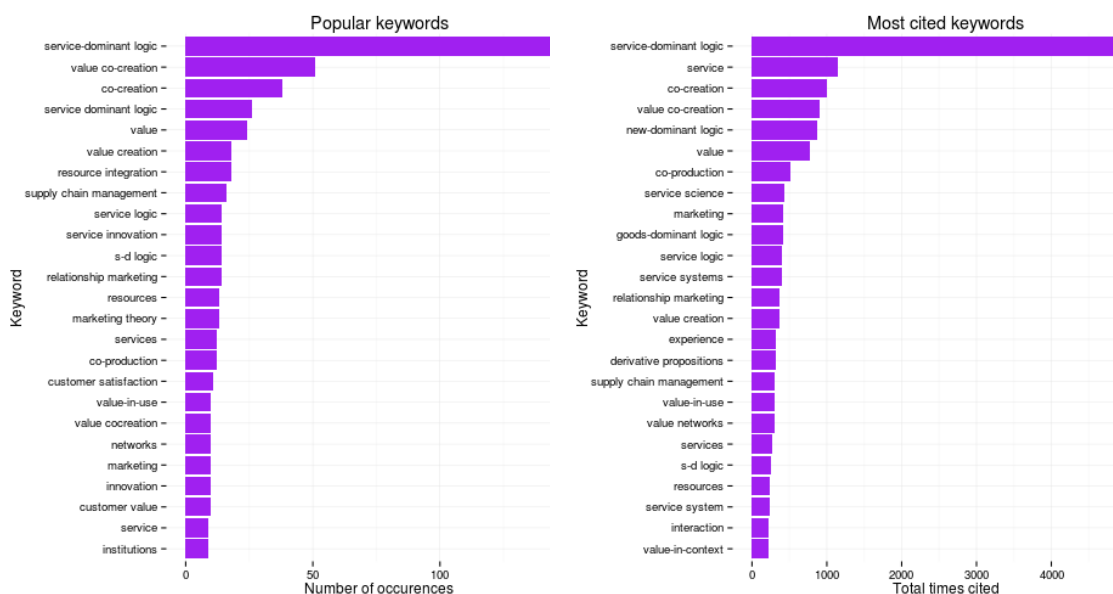
FIGURA 4: AUTORI PIÙ PRODUTTIVI E CITATI DELLE PUBBLICAZIONI SULLA S-D LOGIC



FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE DEI DATI SNA RACCOLTI DA WOS

Esaminando le keyword degli articoli sulla S-D logic (Fig. 5), emerge che il valore - soprattutto in termini di "co-creazione di valore", ma anche come "valore di contesto" e "valore d'uso"- è il concetto più studiato nella S-D logic. L'ampia presenza di parole chiave come "Marketing" e "Marketing Theory" conferma che la S-D logic è spesso presa in considerazione per analizzare l'evoluzione nella disciplina del marketing dalla “Goods-Dominant logic” alla “new-dominant logic” che sono altre keyword molto diffuse. Gli ambiti del marketing e del management maggiormente affrontati nella S-D logic sono il "Supply chain management", il "marketing relazionale" e le "reti", con particolare attenzione ai processi di "integrazione delle risorse", "interazione" e "co-produzione". Dall'analisi delle keyword, l'approccio orientato al "cliente" di questa logica appare chiaro, così come l'attenzione alla "soddisfazione del cliente" e al "valore". Infine, la ricorrenza di parole chiave come "Service Science" e "service systems" evidenzia il legame con la SS come descritto sopra.

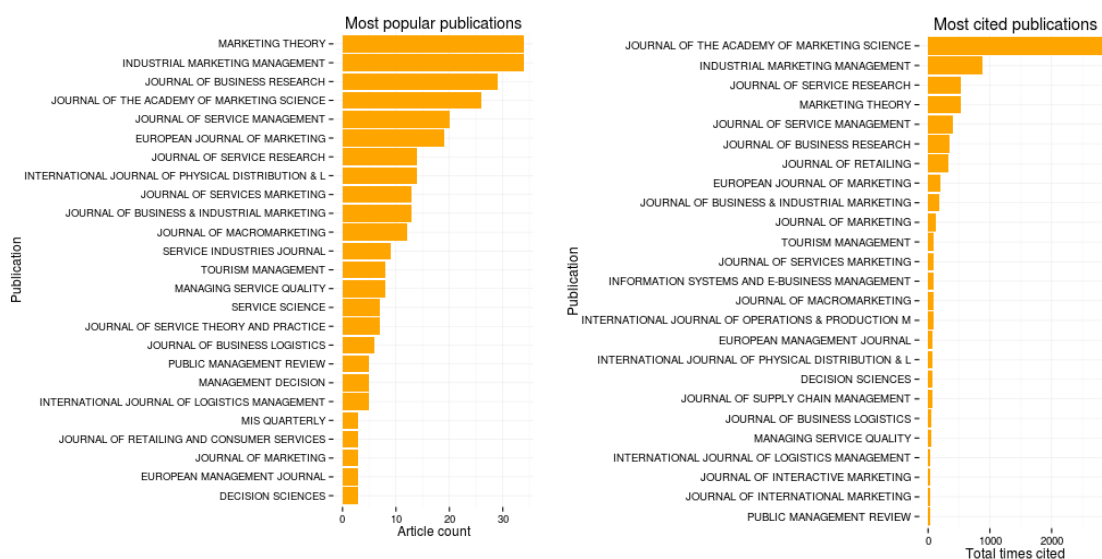
FIGURA 5: ANALISI DELLE KEYWORD PIÙ POPOLARI E PIÙ CITATE



FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE DEI DATI SNA RACCOLTI DA WOS

I contributi sulla S-D logic sono stati pubblicati in alcune delle riviste più importanti nel settore del marketing e del management (Figura 6). In particolare, le riviste *Marketing Theory*, *Industrial Marketing Management* e *Journal of Business Research* sono quelle che contengono le pubblicazioni più popolari; tuttavia, il *Journal of the Academy of Marketing Science* è indiscutibilmente la rivista che ha pubblicato gli articoli più importanti e più citati sulla S-D logic (come: Vargo e Lusch, 2008; Payne et al, 2007; Lusch et al, 2010; Evaradsson et al, 2011; Maglio e Spohrer, 2009; Gummesson, 2008; Grönroos e Voima, 2013).

FIGURA 6: RIVISTE CON LE PUBBLICAZIONI PIÙ POPOLARI E PIÙ CITATE



FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE DEI DATI SNA RACCOLTI DA WOS

Le opere citate sopra, pubblicate nel *Journal of the Academy of Marketing Science*, sono state definite come le più importanti, perché rientrano tra i 10 paper con punteggio più alto in base ad una classifica basata su tre misure di importanza: 1) in-degree nel network di citazioni, 2) numero di citazioni fornito da Web Of Science, e 3) il punteggio PageRank nel network di citazioni. Queste misure sono state utilizzate separatamente, i risultati sono stati poi combinati e i duplicati sono stati rimossi. I risultati sono ordinati in base all'in-degree, e i legami sono stati prima suddivisi per numero di citazioni e poi per il PageRank (Tabella 2).

TABELLA 2: TOP 10 DEI PAPER CON PUNTEGGIO PIÙ ALTO

<i>Articolo</i>	<i>InDegree</i>	<i>TimesCited</i>	<i>PageRank</i>
<i>Vargo, S.L., & Lusch, R.F. (2008a)</i>	258	870	0.0003140
<i>Payne, A.F., Storbacka, K., & Frow, P. (2007)</i>	95	445	0.0001407
<i>Lusch, R. F., Vargo, S. L., & O'Brien, M. (2007)</i>	93	319	0.0001429
<i>Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2011)</i>	71	175	0.0001185

<i>Lusch, R. F., Vargo, S. L., & Tanniru, M. (2010)</i>	56	158	0.0001070
<i>Chandler J.D., & Vargo S.L. (2011)</i>	52	114	0.0000996
<i>Edvardsson, B., Tronvoll, B., & Gruber, T. (2011)</i>	45	140	0.0000938
<i>Maglio, P.P., & Spohrer, J. (2008)</i>	41	209	0.0000958
<i>Gummesson, E. (2008b)</i>	40	73	0.0000907
<i>Grönroos, C., & Voima, P. (2013)</i>	39	112	0.0000906

Fonte: ELABORAZIONE DELL'AUTORE DEI DATI SNA RACCOLTI DA WOS

La Tabella 2 comprende l'analisi condotta sui 403 articoli scaricati da Web Of Science. Tuttavia, anche se WOS ad oggi è la principale piattaforma di ricerca contenente la maggior parte della letteratura sulle scienze sociali, si è riscontrato che alcune importanti opere sulla S-D logic non erano incluse nel suo database. Pertanto, è stata condotta un'analisi dei lavori non inclusi, classificandoli attraverso le misure dell'in-degree e PageRank score nel network di citazioni. Per questa analisi non è stato possibile usare anche il numero di citazioni in quanto questo è fornito direttamente da WOS. Nella Tabella 3 si presentano i primi cinque paper di questa classifica.

TABELLA 3: TOP 5 DEI PAPER CON PUNTEGGIO PIÙ ALTO NON INCLUSI NEL DATASET DI WOS

<i>Articolo</i>	<i>InDegree</i>	<i>PageRank</i>
<i>Vargo, S.L. & Lusch R.F. (2004)</i>	336	0.0004270
<i>Vargo S.L., Maglio, P., & Akaka, M. (2008)</i>	90	0.0001341
<i>Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2006)</i>	79	0.0001585
<i>Lusch, R. F., Vargo, S. L., & Malter A.J. (2006)</i>	59	0.0001477
<i>Grönroos, C. (2008)</i>	57	0.0001061

Fonte: ELABORAZIONE DELL'AUTORE DEI DATI SNA

2.3.2 Discussione dei risultati

Nel corso degli ultimi decenni, gli studiosi di marketing hanno cominciato a mostrare un certo disaccordo nei confronti del marketing tradizionale (G-D logic). Al fine di superare le inadeguatezze della vecchia logica, sono state introdotte diverse sub-discipline, come il marketing B2B, il marketing relazionale, e il marketing dei servizi, creando così una disciplina frammentata. All'inizio degli anni 2000, la S-D logic è stata introdotta come una convergenza delle diverse concettualizzazioni e filoni di ricerca con la caratteristica comune di rispondere alle inadeguatezze della logica tradizionale (G-D) e focalizzati sul service management. L'emergere della S-D logic ha sottolineato la centralità del servizio nel marketing e nel management e suggerito teorie e modelli applicabili a tutto il marketing, anche ai casi in cui sono coinvolti i beni (Vargo e Lusch, 2008a).

La prima pubblicazione sulla S-D logic risale al 2004 (Vargo e Lusch, 2004), nel *Journal of Marketing* (JM). In questo documento, gli autori, sulla base delle prospettive emerse nella disciplina del marketing negli ultimi decenni, focalizzate sulle risorse immateriali, la co-creazione di valore e le relazioni, hanno proposto una nuova logica dominante, in cui la fornitura di servizi, piuttosto che di beni, è fondamentale per gli scambi economici. Questo articolo è stato accompagnato dai commenti di sette prestigiosi studiosi di marketing. La risposta da parte della comunità di ricerca internazionale è stata ampia. In particolare, dopo il lavoro pubblicato nel 2006 (Lusch e Vargo, 2006) è stato registrato un aumento esponenziale delle pubblicazioni sulla S-D logic (Fig. 3). In questo lavoro, gli autori, sulla base delle risposte che hanno ricevuto da parte della comunità scientifica a partire dal 2004, hanno identificato i temi che richiedevano un ulteriore approfondimento e fornito chiarimenti e approfondimenti (Lusch e Vargo, 2006). In seguito, hanno catturato la nuova logica in dieci principi fondamentali (FPs) attualmente undici (Vargo e Lusch, 2008b; 2016).

TABELLA 4: I PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA S-D LOGIC

FP	Elementi chiave S-D Logic	Proposte deduzioni
FP 1	L'applicazione di competenze specializzate e conoscenza rappresenta un elemento fondamentale per lo scambio	<<Il servizio viene scambiato per altri servizi>>
FP 2	Lo scambio indiretto maschera il fondamentale elemento dello scambio stesso	<<Micro - specializzazioni, organizzazioni, beni e denaro oscurano la natura service-to-service dello scambio>>
FP 3	I beni rappresentano dei meccanismi di distribuzione della fornitura dei servizi	<<Le attività rendono un servizio, i beni materiali rendono un servizio>>
FP 4	La conoscenza è la principale risorsa per il vantaggio competitivo	<<Le operant resource, come il know-how, si configurano quali componenti essenziali della differenziazione>>
FP 5	Tutte le economie rispettano la logica del servizio	<<Soltanto ora, attraverso l'incremento e lo sviluppo di specializzazioni ed outsourcing, il servizio diviene maggiormente visibile, ma in realtà è ciò che è stato sempre scambiato>>
FP 6	Il consumatore rappresenta sempre un co-creatore di valore	<<Non si può parlare di valore finché un'offerta non viene utilizzata, l'esperienza e la percezione sono essenziali per la determinazione del valore>>
FP 7	Le imprese possono soltanto produrre proposte di valore	<<Dal momento che il valore è sempre determinato dal consumatore (value in use), non può essere intrinsecamente realizzato attraverso la mera produzione (value in exchange)>>
FP 8	La visione service-centred si presenta customer-oriented e di tipo relazionale	<<Le risorse operant, utilizzate per il beneficio di un consumatore, ne posizionano l'inerzia al centro della creazione di valore ed implicano una relazione>>
FP 9	Le organizzazioni esistono per integrare e trasformare le competenze specializzate in servizi complessi domandati o richiesti dal mercato	<<L'impresa è un integratore di micro e macro competenze>>
FP 10	Il valore è sempre unicamente e fenomenologicamente determinato dai beneficiari	<<Il valore è idiosincratico, esperienziale, contestuale>>
FP 11	La co-creazione di valore è coordinata mediante accordi istituzionali e Istituzioni generate da attori	

FONTE: VARGO E LUSCH, 2008B; 2016

Questi principi possono essere riassunti come segue. La S-D logic afferma principalmente che il servizio, definito come l'applicazione di risorse (conoscenze e competenze) a beneficio di altre persone, è la base fondamentale dello scambio economico (Vargo e Lusch, 2008a). Tutti i fornitori sono essenzialmente fornitori di servizi, che scambiano il servizio per ottenere altri servizi (Vargo e Lusch, 2008b); di conseguenza, tutte le economie sono economie di servizio e i beni, quando coinvolti, sono solo veicoli per la fornitura del servizio. Il valore è sempre co-creato in interazioni tra fornitori e clienti, quindi il fornitore non è in grado di creare unilateralmente valore ma, piuttosto, può solo proporre un valore e fornire un servizio come input per la sua realizzazione (Flint, 2006). Il valore è unicamente e fenomenologicamente determinato dal beneficiario come "valore d'uso" (Vargo e Lusch, 2004) o "valore di contesto" (Vargo e Lusch, 2008b). Nel considerare il cliente intrinseco alla creazione di valore (Merz et al., 2009), la logica S-D adotta un orientamento al processo piuttosto che un orientamento all'output (beni e

servizi). Questo processo consiste nell'integrazione delle risorse tra fornitore e cliente. Le risorse possono essere distinte in due categorie: (1) le risorse "operandi", che sono tipicamente fisiche (materiali o prodotti fisici); e (2) le risorse "operanti", che sono tipicamente umane (competenze, conoscenze, capacità) (Hunt e Derozier, 2004). Secondo Vargo e Lusch (2004), le risorse operanti sono le più importanti per la creazione del vantaggio competitivo perché sono in grado di risolvere i problemi, soddisfare le esigenze e produrre un'esperienza favorevole per il cliente (Vargo e Lusch, 2004).

Vargo e Lusch hanno proposto la S-D logic come una scuola di pensiero emergente, aperta a ulteriori e continue rielaborazioni, sviluppi e perfezionamenti. Hanno, quindi, invitato gli studiosi a fornire input per una sua continua trasformazione. Questo ha rappresentato un punto di partenza di un dibattito costante e continuo in cui diversi studiosi di marketing hanno avviato vari tentativi di ridefinizione del ruolo del marketing nelle più importanti riviste di marketing e management (Fig. 6).

Alcuni dei più autorevoli studiosi di marketing hanno contribuito allo sviluppo di questa logica (Fig. 4). Primo tra tutti, Gummesson (2008b) ha cercato di integrare la S-D logic con il Relationship Marketing e il Customer Relationship Management (CRM) e, successivamente, con il multi-party networks attraverso il concetto di many-to-many marketing. Gummesson ha invitato altri studiosi a riconsiderare i principi fondamentali del marketing e ad abbandonare la tradizionale rigidità metodologica al fine di muoversi verso un metodo di ricerca più pragmatico e olistico che potrebbe essere guidato congiuntamente dalla S-D logic, lean solutions e network theory.

Edvardsson et al. (2005) ha messo in discussione la definizione tradizionale di "servizi" in quanto troppo focalizzata sull'aspetto manageriale e sull'impresa e ha affermato che, invece, i servizi devono essere definiti dal punto di vista del cliente, integrando la concettualizzazione del servizio e l'idea di co-creazione di valore supportata dalla S-D logic.

Payne et al. (2008) hanno concettualizzato i processi chiave per la gestione della co-creazione di valore e ne hanno esaminato le implicazioni per lo sviluppo del prodotto e del servizio, della relazione con il cliente e della gestione della conoscenza. Tuttavia, Grönroos e Voima (2013) hanno criticato la definizione onnicomprensiva di co-creazione del valore tra tutti gli attori, senza distinzione dei diversi ruoli e delle azioni dei fornitori e dei clienti in questo processo. In realtà, Grönroos (2008) ha cercato di approfondire il

concetto della co-creazione di valore proposto dalla S-D logic per cercare di capire chi crea valore e chi lo co-crea. L'autore ha affermato che, contrariamente alle opinioni espresse nella letteratura convenzionale sulla creazione di valore e sul valore d'uso, è l'azienda che deve cercare le opportunità di coinvolgimento nel processo di generazione di valore dei clienti e non il contrario. Come hanno osservato Storbacka e Lehtinen (2001), i fornitori possono offrire solo assistenza nella creazione di valore dei clienti ma quest'ultimi producono valore per sé stessi in modo indipendente. Edvardsson et al. (2011) hanno ampliato la comprensione dello scambio dei servizi e della co-creazione di valore, integrando questi aspetti centrali della S-D logic con i concetti chiave delle teorie sulla costruzione sociale (strutture sociali, sistemi sociali, i ruoli, le posizioni, le interazioni, e la riproduzione delle strutture sociali).

Il rapido sviluppo della S-D logic e il crescente coinvolgimento di una comunità internazionale di studiosi che contribuiscono a co-creare, elaborare, e sviluppare una nuova logica per il marketing, ci permette di affermare che la S-D logic può essere considerata come una nuova tendenza nel marketing, ma, come affermano Vargo et al. (2010), "la S-D logic è un work-in-progress; è più incompleta che completa ". Per questo motivo, le pubblicazioni al riguardo sono ancora in crescita come mostrato in Figura 3.

2.3.3 Conclusioni

Dai dati bibliometrici, emerge che il paradigma tradizionale del marketing sta vivendo un cambiamento significativo negli ultimi dieci anni. Il rapido e diffuso interesse sviluppatosi nella comunità scientifica dopo l'introduzione della S-D logic, che è stata proposta come il superamento della vecchia logica, riflette la necessità di indirizzare i principi obsoleti del marketing verso nuovi concetti più adatti alle caratteristiche attuali del mercato.

Nelle economie moderne, caratterizzate dalla apertura dei mercati, continuo cambiamento sia dal lato dell'offerta che della domanda e alti livelli di complessità, gli strumenti di marketing tradizionali per la previsione e l'analisi del mercato non sono più sufficienti a garantire la sopravvivenza delle imprese. In questo contesto, le principali risorse che le aziende hanno per adattarsi al cambiamento e gestire la complessità sono la conoscenza

e le competenze organizzative, informative e relazionali. Per questo motivo, come suggerito dalla S-D logic, l'attenzione degli studiosi è stata spostata dalle risorse “operandi”, che sono tipicamente fisiche, alle risorse “operanti”, che sono tipicamente umane, perché mentre le prime tendono ad essere di natura statica, le seconde sono dinamiche e possono essere rinnovate e sostituite.

Il marketing ha bisogno di cambiare perché i consumatori sono cambiati. Al giorno d'oggi, i clienti non sono più limitati a scegliere tra le diverse offerte disponibili; vogliono offerte personalizzate e partecipano attivamente alla loro creazione. I clienti acquistano beni e servizi come risorse input per produrre un servizio che crea loro valore nelle attività quotidiane. Quindi, non è più sufficiente studiare i bisogni dei consumatori e creare offerte standardizzate per diversi target di mercato, ma diventa necessario coinvolgere i clienti nella creazione dell'offerta (Polese et al., 2017). Queste considerazioni sono sicuramente quelle che hanno stimolato tanti studiosi a dedicarsi al concetto di co-creazione di valore introdotto dalla S-D logic. Inoltre, al giorno d'oggi, con lo sviluppo del Web 2.0, le persone sono abituate a interagire continuamente, senza limiti di tempo e di spazio. Gli strumenti di comunicazione tipici del marketing, come la pubblicità e le promozioni, sono ora avvertiti come impersonali e distaccati e l'attenzione per le relazioni e le interazioni suggerita dalla S-D logic è diventata essenziale.

Un altro punto che emerge dall'analisi è la necessità di superare la distinzione tra management e marketing. Il marketing non è più visto come una singola funzione aziendale che consente al management di fare analisi e adottare strategie, ma è considerato come una filosofia, un modo di pensare e di agire che pervade tutta l'impresa, compreso il management. In realtà, la S-D logic è stata descritta come una nuova logica del marketing; ma gli stessi Vargo e Lusch parlano di S-D logic come di una scuola emergente di pensiero nell'ambito del marketing e del management. Infatti, tra le riviste con le pubblicazioni più popolari e più citate sulla S-D logic, troviamo diverse riviste di management oltre a quelle di marketing (Fig. 6); tra gli autori più produttivi e più citati troviamo anche diversi studiosi di management (Fig. 4); e tra le keyword più popolari e più citate troviamo molte parole tradizionalmente attribuite al management (Fig. 5).

Anche se, come l'analisi bibliometrica mostra, questi cambiamenti nel marketing appaiono abbastanza chiari nel mondo scientifico e accademico, non possiamo affermare la stessa cosa per il mondo dei professionisti. Diverse imprese considerano ancora il

marketing come una funzione e utilizzano strumenti di previsione e politiche di comunicazione che non sono più adatte alla realtà odierna. Solo poche aziende stanno cercando di coinvolgere i clienti nella progettazione dell'offerta, nonostante il fatto che al giorno d'oggi, con l'evoluzione delle ICT, clienti e fornitori possono conversare in ogni fase della progettazione ed erogazione dei servizi, imparando insieme (Ballantyne, 2004). Questo processo interattivo può risultare molto importante per le imprese, perché rappresenta l'opportunità di creare valore attraverso offerte personalizzate, su misura, evidenziando il punto di vista del cliente e migliorando il processo di front-end di individuazione delle esigenze dei clienti (Lusch e Vargo, 2006). Le imprese, quindi, con l'adozione di una logica di servizio non devono limitarsi a fare proposte di valore, ma cogliere le opportunità di interagire con i propri clienti, di partecipare attivamente e direttamente alla creazione di valore per quest'ultimi (Payne et al., 2008).

2.4 La co-creazione di valore nella Service Science

Un'altra teoria molto importante per la comprensione della co-creazione di valore è la Service Science, originariamente promossa e sviluppata dall'IBM Almaden Research Centre, negli Stati Uniti d'America.

La Service Science è un campo interdisciplinare che "unisce l'organizzazione e la comprensione umana e delle organizzazioni con la comprensione tecnologica e del business per categorizzare e spiegare i diversi tipi di sistemi di servizio che esistono e come questi sistemi interagiscono e si evolvono per co-creare valore" (Maglio e Spohrer, 2008, p. 18).

La Service Science ha lo scopo di integrare le discipline correlate al business, come management, operations, marketing e IT (Bitner e Brown, 2006), all'ingegneria e informatica (Chesbrough e Spohrer, 2006), concentrandosi sul servizio come fenomeno di centrale interesse (IFM e IBM, 2007).

La Service Science è centrata sullo studio della co-creazione di valore all'interno e tra i Service Systems, definiti come configurazioni di persone, tecnologia, proposizioni di valore e informazioni condivise in grado di co-creare valore, come linguaggi, leggi,

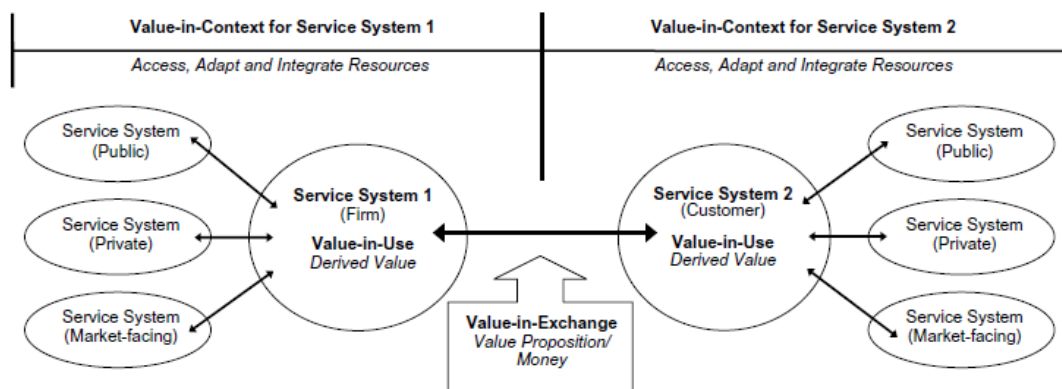
misurazioni e metodi (Spohrer et al. 2007) all'interno di costellazioni complesse di risorse integrate (Spohrer et al., 2007, 2008).

Maglio e Spohrer (2008) caratterizzano i sistemi di servizio nel seguente modo (p. 18): “Il più piccolo sistema di servizio è l'individuo, come lui o lei interagisce con gli altri, e il più grande sistema di servizio comprende l'economia globale. Città, imprese, reparti aziendali, nazioni, agenzie governative sono tutti sistemi di servizio. Ogni sistema di servizio è contemporaneamente un fornitore e un cliente del servizio, collegato attraverso proposte di valore a reti o sistemi che creano valore”.

I sistemi di servizio interagiscono tra loro per co-creare valore (Spohrer et al. 2007; 2008). Maglio et al. (2010, p. 1) sostengono che la Service Science è la "ricerca sistematica di principi e approcci che possono aiutare a capire e migliorare tutti i tipi di co-creazione di valore". Quindi, il valore e la creazione di valore sono al centro del servizio e sono fondamentali per comprendere le dinamiche dei sistemi di servizio e promuovere la scienza del servizio.

Le interazioni di co-creazione di valore tra i sistemi di servizio sono interazioni di servizio. Ogni sistema di servizio si impegna in tre attività principali che compongono un'interazione di servizio: (1) proporre un'interazione di co-creazione di valore a un altro sistema di servizio (proposta), (2) accettare una proposta (accordo), e (3) la realizzazione della proposta (realizzazione).

FIGURA 7: CO-CREAZIONE DI VALORE TRA I SERVICE SYSTEMS



FRONTE: VARGO, MAGLIO, AKAKA, 2008

La proposta di valore viene accettata, rifiutata, o ignorata da altri sistemi di servizio che hanno bisogno di risorse. Il servizio proposto può essere fornito direttamente o indirettamente attraverso un bene. Una volta che il valore è proposto e il servizio messo a disposizione sul mercato, spetta ad altri sistemi di servizio - potenziali clienti - che hanno bisogno di tali risorse, decidere se accettare o meno la proposta di valore.

Le proposte concordate possono essere realizzate con successo e con reciproca soddisfazione per entrambi i sistemi di servizio, oppure potrebbero non produrre i risultati auspicati da uno o entrambi i sistemi di servizio. Questa definizione fornisce una prospettiva utile a comprendere i fenomeni economici, sostenendo che il valore è creato in maniera collaborativa all'interno di configurazioni interattive di scambio reciproco.

La S-D logic con la sua definizione di servizio come l'applicazione di risorse a vantaggio di altri, centrata sul concetto di co-creazione di valore (Vargo e Lusch 2004a, 2008), e con la sua prospettiva di scambio di servizio per il servizio, è stata presto riconosciuta come un fondamento teorico basilare per lo sviluppo della Service Science e lo studio dei sistemi di servizio (Maglio e Spohrer 2008).

Come Maglio e Spohrer (2008, p. 19) suggeriscono, la S-D logic fornisce “la giusta prospettiva, il vocabolario e le ipotesi su cui costruire una teoria dei sistemi di servizio, delle loro configurazioni e modalità di interazione. In poche parole, la S-D logic può essere considerata il fondamento filosofico della Service Science e il sistema di servizio potrebbe essere la sua costruzione teorica di base”. Quindi, sia la Service Science che la S-D logic conducono ad una natura sistemica della creazione di valore.

In particolare, dal punto di vista della Service Science, la co-creazione è al centro dello sviluppo teorico di una scienza dei sistemi di servizio (Vargo et al, 2008; Ostrom, 2010; Maglio et al, 2009) radicata nella S-D logic (Lusch e Vargo, 2006; Ballantyne e Varey, 2008) e fortemente orientata verso l'innovazione (Bitner et al, 2008).

2.4.1 L'approccio SMART alla sanità della Service Science

D'accordo con Maglio e Spohrer (2008), si ritiene che il sistema di servizio sia un'astrazione utile per la comprensione della co-creazione di valore anche in ambito sanitario.

In base alla definizione di sistema di servizio fornita da Spohrer et al. (2007), si può definire facilmente il sistema sanitario come un sistema di servizio. Esso, infatti, consiste, di diversi attori, tra i quali:

- Attori istituzionali (ASL, ospedali, distretti, case di cura, comuni, associazioni di volontariato), a cui è affidata la cura e la fornitura dei servizi;
- Altre forme di programmazione nazionale e locale e di controllo (Regione, Stato, enti locali) che collaborano all'assistenza e alla fornitura di servizi;
- Attori responsabili della formazione medico-scientifica (Regioni e Province autonome, associazioni professionali, società scientifiche, associazioni sindacali e università);
- I cittadini;
- I fornitori di beni e servizi per le aziende sanitarie.

Questi attori rappresentano un insieme di parti connesse e interagenti che hanno un obiettivo comune, la salute della comunità; la possibilità di interazione consente loro di migliorare il livello delle loro prestazioni e del servizio offerto a beneficio di tutti secondo una logica win-win (io vinco-tu vinci). I diversi soggetti, per raggiungere l'obiettivo, condividono continuamente risorse e informazioni, supportati in questo dall'uso delle nuove tecnologie.

La fornitura di servizi di assistenza sanitaria comporta che il medico e il paziente debbano lavorare insieme per creare valore. Quando un medico intervista il paziente, conduce alcuni esami, e prescrive una medicina - il paziente risponde alle domande, collabora con gli esami e ingerisce il farmaco puntualmente. È possibile che nelle fasi degli esami o delle prescrizioni, siano coinvolte tecnologie e altre persone che insieme al medico e al paziente co-creano valore - in questo caso rappresentato dalla salute del paziente. Queste relazioni e dipendenze possono essere viste come un sistema di parti interagenti. In molti casi, un sistema di servizio è un complesso tipo di sistema - un sistema in cui le parti interagiscono tra loro in modo non lineare. Come tale, un sistema di servizio non è solo la somma delle sue parti; le interazioni complesse tra le varie parti creano un sistema che agisce secondo schemi difficili da prevedere. In molti casi, la principale fonte di complessità in un sistema di servizio sono le persone che lo compongono: il cliente, il fornitore, o altre organizzazioni.

Negli ultimi anni, la ricerca della Service Science si sta focalizzando sui sistemi di servizio intelligenti (SMART), stimolati dai progressi tecnologici e le più recenti proposte sui sistemi informatici.

Gli smart service systems possono essere intesi come sistemi di servizio che sono specificamente progettati per la prudente gestione delle loro attività e obiettivi, in grado di auto-riconfigurarsi per garantire la loro capacità di continuare a soddisfare gli attori rilevanti durante tutto il tempo. Essi sono principalmente (ma non solo) basati sulle ICT come abilitatori di riconfigurazione e comportamento intelligente con l'obiettivo di creare una base per l'innovazione sistematica del servizio (IFM, IBM, 2008) in ambienti complessi (Basole e Rouse, 2008; Demirkan et al., 2008).

L'origine del concetto si basa sulla proposta dell'IBM di ICT avanzate per un pianeta più intelligente, il che implica che le tecnologie dell'informazione e della comunicazione debbano affrontare i problemi in un modo più intelligente e reattivo, con un risvolto profondo che consiste nella dinamicità e nell'adattamento ai cambiamenti veloci che caratterizzano il mondo di oggi. Quindi, le ICT per un pianeta più intelligente è un progetto che propone tecnologie affidabili e intelligenti capaci di riconfigurare la loro struttura, le attività e gli obiettivi al fine di mantenere lo stato di equilibrio nel tempo a fronte dei cambiamenti esterni.

Gli smart service systems sono basati su interazioni, legami ed esperienze tra gli attori. Naturalmente, tra questi attori, giocano un ruolo chiave i clienti, nel momento in cui domandano prodotti/servizi personalizzati, pretendono reazioni molto veloci e alti livelli di qualità del servizio; nonostante la rilevanza del cliente, che indirettamente influenza ogni attore partecipante, gli smart service systems devono occuparsi del comportamento di ogni altro attore, le cui aspettative, bisogni e azioni influenzano direttamente lo sviluppo del sistema e le sue configurazioni future.

L'approccio smart applicato alla sanità è definito "smarter healthcare". Come evidenzia l'IBM, un sistema sanitario più intelligente è ottenuto attraverso migliori collegamenti per analisi dei dati più veloci e più dettagliate. Molti dei problemi attuali - l'aumento dei costi, l'accesso limitato, gli elevati tassi di errore, la scarsa risposta ai pazienti cronici e il lungo ciclo di sviluppo di nuovi farmaci - potrebbero essere superati migliorando i collegamenti tra la diagnosi, la ricerca farmaceutica, gli operatori sanitari, i pazienti, i contribuenti e le Comunità. Purtroppo, gli attuali sistemi IT per l'assistenza sanitaria sono

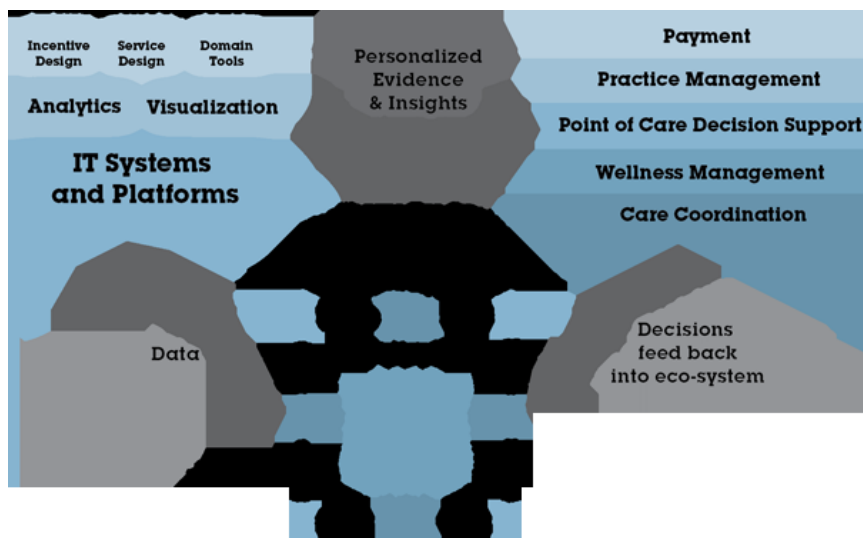
stati progettati per garantire una maggiore velocità e migliori prestazioni ai medici nel trattamento dei pazienti - non per integrare e aggregare i dati per l'analisi, la ricerca e il reporting.

La smarter healthcare converte i pazienti e le informazioni cliniche in intuizioni attuabili per migliorare la qualità delle cure, ottimizzando l'efficienza operativa. Offrendo dati integrati da più fonti in un'unica postazione centrale, le piattaforme tecnologiche possono contribuire a consentire un processo decisionale più informato all'interno e tra le cliniche, imprese e settori di ricerca, portando a cure di qualità superiore, a una maggiore sicurezza del paziente e delle operazioni cliniche e aziendali più efficienti (Carrubbo et al., 2015). Medici, pazienti e contribuenti possono condividere le informazioni senza difficoltà e in modo efficiente, applicando analisi avanzate per migliorare la ricerca, le diagnosi e la cura (www.research.ibm.com/healthcare).

In sintesi, smarter healthcare significa creare un sistema sanitario più intelligente, più connesso, in grado di fornire una migliore assistenza con meno errori, prevedere e prevenire le malattie, consentire alle persone di fare scelte migliori e applicare l'esperienza clinica, aziendale e tecnologica per creare soluzioni che integrano la competenza clinica con la tecnologia dell'informazione. In questo modo sarebbe possibile responsabilizzare i pazienti a prendere decisioni più informate sulla propria cura o stile di vita. Inoltre, le aziende farmaceutiche, di dispositivi medici, di assicurazioni sanitarie potrebbero utilizzare strumenti di analisi per ricavare nuove informazioni dai loro dati al fine di ridurre il rischio, prevedere le tendenze e aumentare la soddisfazione del paziente. L'IBM fornisce diverse soluzioni per sistemi più strumentali, interconnessi e intelligenti, tra i quali:

- Connected home per le persone con malattie croniche
- Gestione dei dati per l'assistenza sanitaria
- Agenda di Collaborazione per piani di salute
- Software di analisi commerciali per l'assistenza sanitaria

FIGURA 8: HEALTHCARE SMART SERVICE SYSTEM



FONTE: [HTTP://WWW.RESEARCH.IBM.COM/HEALTHCARE](http://www.research.ibm.com/healthcare))

Pertanto, come si è visto parlando di sistemi di servizio e assistenza sanitaria più intelligente, nel campo della scienza del servizio le piattaforme tecnologiche e le soluzioni ICT giocano un ruolo importante basato sulla co-creazione di valore perché sono in grado di facilitare l'interazione e la condivisione delle informazioni tra i vari attori coinvolti.

2.5 La co-creazione di valore in ambito sanitario: revisione della letteratura

Il tema della co-creazione di valore è rilevante nel settore sanitario, in quanto la fornitura di servizi di assistenza sanitaria richiede necessariamente la partecipazione attiva dei vari soggetti coinvolti. Per definizione, qualsiasi forma di assistenza (di base, ospedaliera, riabilitativa, di assistenza domiciliare, farmaceutica, ambulatoriale specialistica, di prevenzione, di diagnosi, assistenza sociale e sanitaria in generale) comporta un orientamento necessario verso la qualità del servizio, l'attenzione per l'utente, il rapporto con esso, la condivisione del problema reale e la definizione di specifiche soluzioni per un vantaggio reciproco.

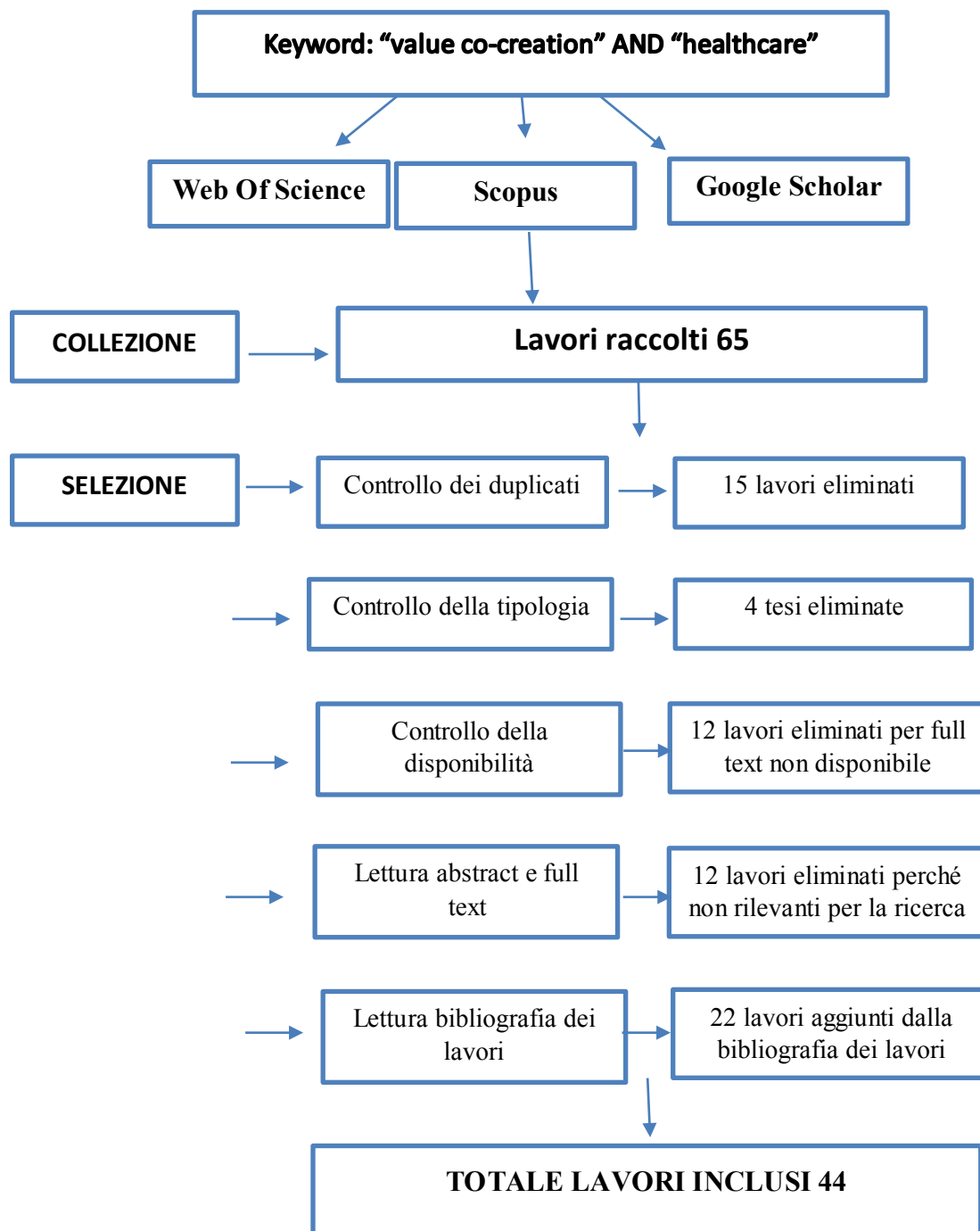
Qualsiasi sistema di assistenza sanitaria è, infatti, costituito da un insieme interrelato di attori, organizzazioni e istituzioni volte a produrre e distribuire servizi di assistenza sanitaria per preservare la salute della popolazione. La natura di servizio del sistema sanitario ci consente di affermare che la logica focalizzata sul servizio (S-D logic) trova la sua ideale collocazione in ambito sanitario, sia a livello teorico che manageriale, aiutando a definire i percorsi efficienti per la creazione di valore, che in ambito sanitario è rappresentato prevalentemente dalla salute. Un'interpretazione del sistema sanitario in una logica di servizio ci permette di mettere in evidenza il ruolo delle relazioni, interazioni e reti di co-creazione, in cui valore e servizio per il paziente (e altri player) sono il risultato di attività congiunte all'interno dello stesso sistema.

Al fine di analizzare se e come queste nuove logiche si sono sviluppate nella letteratura del management sanitario, è stata condotta una revisione della letteratura sulla co-creazione di valore in ambito sanitario.

2.5.1 Metodo

La ricerca è stata condotta nei database “Web Of Science”, “Scopus” e “Google Scholar” cercando nel topic, titolo, abstract e keyword la combinazione tra le parole chiave “value co-creation” AND “Healthcare” nel lasso di tempo tra il 2000 e il 2017. La ricerca ha restituito 65 articoli che dopo l'eliminazione dei duplicati, la lettura del titolo e dell'abstract sono diventati 22, ai quali sono stati aggiunti in una seconda fase altri 22 individuati attraverso l'analisi delle bibliografie degli articoli selezionati.

FIGURA 9: RACCOLTA E SELEZIONE DEI LAVORI SULLA CO-CREAZIONE DI VALORE IN AMBITO SANITARIO



FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

I lavori selezionati per l'analisi sono stati esaminati soprattutto con riguardo alla base scientifica, lo specifico contesto della sanità nel quale è stata analizzata la co-creazione

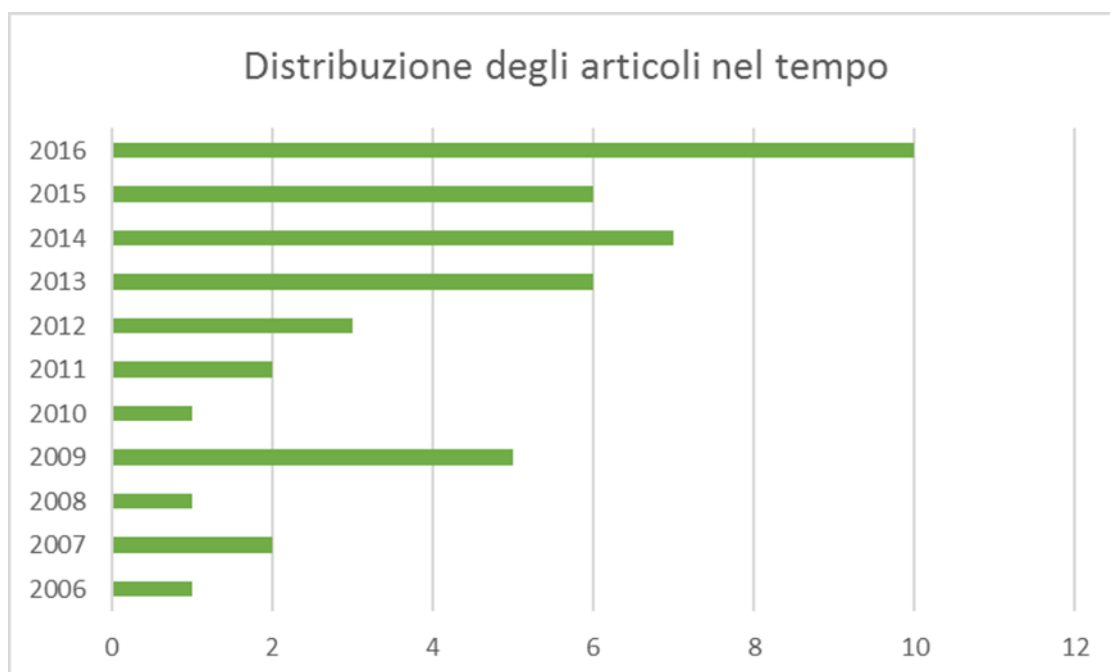
di valore e la prospettiva assunta, ovvero se la co-creazione di valore è stata analizzata dalla prospettiva del paziente, del fornitore, di entrambi o di altri soggetti coinvolti nel processo di creazione della salute come ad esempio gli stakeholder.

La tabella con i risultati bibliografici è disponibile all'Appendice A.

2.5.2 Risultati della ricerca bibliografica

Dall'analisi svolta risulta che i contributi sul tema della co-creazione di valore in sanità nella letteratura esistente sono molteplici e l'interesse per il tema è attuale dato che il numero di articoli continua a crescere negli ultimi anni. Dopo un picco di pubblicazioni nel 2009, il tema sembra aver perso interesse fino al 2013 quando il numero di articoli è iniziato a ricrescere in maniera costante e consistente.

FIGURA 10: FIGURA 11: DISTRIBUZIONE NEL TEMPO DEGLI ARTICOLI SULLA CO-CREAZIONE DI VALORE IN AMBITO SANITARIO

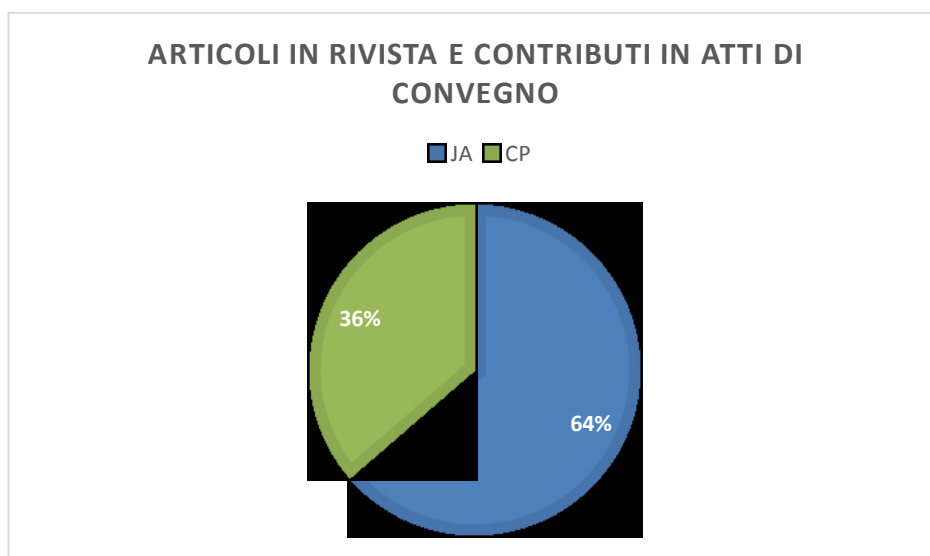


FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

La maggior parte dei lavori sono articoli pubblicati su riviste scientifiche incentrate sul tema del servizio come “Journal of Service Management”, “Journal of Service Theory and Practice” e “Journal of Service Research”, ma anche su riviste specifiche sul settore

dell'assistenza sanitaria come "Healthcare" e "Health Care Management Review". Tra i risultati troviamo anche molti contributi in atti di convegno in particolare appartenenti ai proceeding del Naples Forum on Service, conferenza internazionale che si tiene in Italia ogni due anni sui temi del servizio, network e sistemi.

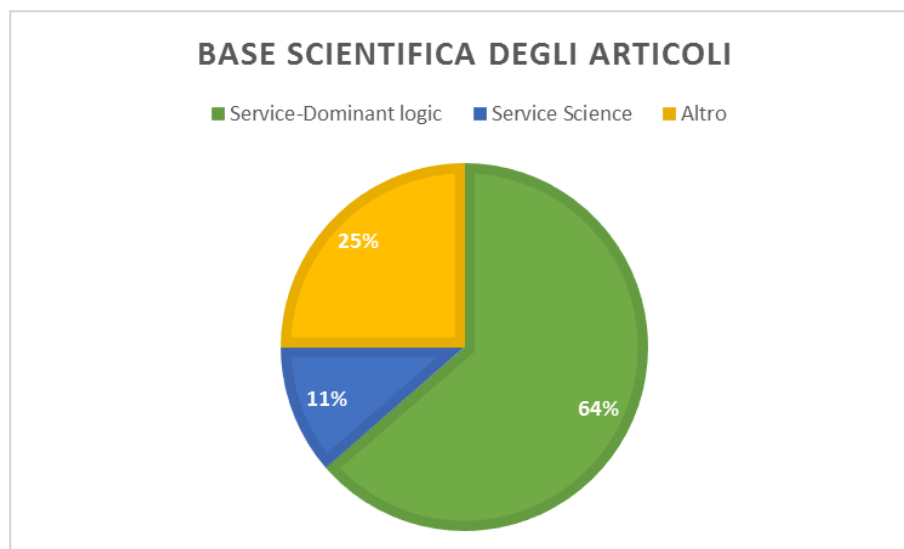
FIGURA 12: PERCENTUALE DI ARTICOLI IN RIVISTA E CONTRIBUTI IN ATTI DI CONVEGNO



Fonte: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

I primi contributi sulla co-creazione di valore in sanità si ravvisano a partire dal 2006, in concomitanza con lo sviluppo della S-D logic e della Service Science; si è deciso quindi di analizzare la base scientifica adottata nei diversi lavori per esaminare se il tema della co-creazione nel contesto sanitario sia stato influenzato dalle recenti teorie sul servizio.

FIGURA 13: BASE SCIENTIFICA DEGLI ARTICOLI SULLA CO-CREAZIONE DI VALORE IN AMBITO SANITARIO



FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

Gran parte degli articoli assume come base scientifica o come letteratura di riferimento la S-D logic, ma si trovano anche alcuni lavori basati sulla Service Science.

In una logica “service” il valore finale co-creato della salute proviene da attività condivise, che incorporano tutti gli attori delle reti sanitarie; in questo contesto il processo di co-creazione può partire dall’interno dei processi di fornitura dei servizi per la salute. Tutti gli attori coinvolti possono essere considerati allo stesso tempo delle risorse dinamiche, attive e, dunque, fonti del vantaggio competitivo per l’organizzazione sanitaria, nonché fonti di valore e innovazione per l’intero sistema sanitario (Iandolo et al. 2013). Spesso, i processi e le funzioni tese a ridurre i costi sono stati considerati a puro vantaggio dei governi o delle strutture sanitarie, con relative ridotte opportunità per i destinatari delle proposte di valore.

La co-creazione di valore rappresenta una possibilità di rispondere all’esigenza di migliorare i risultati per i pazienti a costi ridotti. Formare una squadra di co-creazione all’interno delle comunità di assistenza sanitaria e delle comunità dei pazienti può avere un maggiore impatto sul raggiungimento del valore attraverso comportamenti e strategie già esistenti e creare sinergie attraverso la creazione di una maggiore conoscenza (Zanetti e Taylor, 2016).

Nordgren (2009) prende in analisi una serie di testi autorevoli che illustrano la creazione di valore in sanità, utilizza materiale empirico, documenti ufficiali del Servizio Sanitario svedese e racconti scritti dagli "utenti" e professionisti. Questo quadro teorico serve all'autore per dimostrare che la produttività del servizio nel contesto dell'assistenza sanitaria non va valutata solo sulla base della riduzione dei costi e dei risultati raggiunti, ma anche sulla base di valori quali la salute, la qualità della vita, l'accessibilità, la fiducia, la comunicazione, la sofferenza evitabile e le morti evitabili. L'autore suggerisce una trasformazione del linguaggio in uso nel service management in ambito sanitario, soprattutto, di sostituire il termine "paziente", più idoneo ad una condizione di passività, con il termine "cliente", che maggiormente si addice ad un'immagine di partecipazione attiva alla creazione del valore "salute" (Nordgren, 2008).

Gli autori dei lavori raccolti nella revisione hanno affrontato il tema della co-creazione focalizzandosi su aspetti diversi quali la partecipazione attiva dei clienti, le interazioni nel network sanitario, le diverse pratiche di co-creazione, le comunità sanitarie on line, la prevenzione sanitaria, i rapporti all'interno della Supply Chain, ecc. In alcuni lavori si ravvisano anche tentativi di fornire modelli utili alla misurazione e alla valutazione della co-creazione di valore in sanità. Di seguito si discutono i principali contributi per area tematica.

La co-creazione di valore nelle interazioni tra fornitori e pazienti

Analizzando il Servizio Sanitario in ottica sistemica, è possibile capire e interpretare il contributo dei numerosi attori (compresi i pazienti) coinvolti nella fornitura del servizio sanitario, le influenze reciproche, gli effetti della cooperazione di rete e la logica win-win (Capunzo et al., 2013). Lo scambio reciproco tra fornitori di servizi e utenti impone la logica della co-creazione di valore. L'organizzazione sanitaria, incorniciata nel quadro delle relazioni sistemiche, può essere definita come un sistema (Golinelli, 2000; 2005; 2010), parte di un contesto ampio che apre i suoi confini all'ambiente esterno (Barile et al, 2012) stringendo rapporti con i diversi attori che vi lavorano (Golinelli et al, 2002; Barile, 2008). La reale ed efficace interazione tra i vari operatori, aziende, comunità, comporta necessariamente la partecipazione di diversi soggetti al processo di co-

creazione di un valore sostenibile che sia a vantaggio di tutti. Per essere efficaci e produttivi gli stessi soggetti devono per forza collaborare, devono farlo costantemente, in maniera biunivoca, in forma reticolare, con l'obiettivo di incrementare il livello delle prestazioni di tutti, non soltanto il proprio, e quindi di favorire la crescita del sistema nel suo complesso (Polese e Capunzo, 2013). All'interno del sistema sanitario, ciascun attore (considerato una parte integrante e attiva del sistema) deve agire in modo funzionale ed efficace, in relazione ai propri obiettivi personali, anche attraverso lo sviluppo di specifici processi innovativi e, inevitabilmente, deve contribuire al miglioramento del livello di qualità del sistema nel suo complesso (Barile et al. 2012).

I fornitori di servizi sanitari e i clienti sono responsabili in maniera congiunta del successo del servizio e della creazione di un valore positivo per tutti gli stakeholder. Ciò sottolinea l'importanza delle risorse fornite dagli utenti per la creazione di valore e, di conseguenza, l'importanza di istruire e gestire efficacemente i pazienti (Zainuddin et al., 2013).

Gill et al. (2011) individuano quattro elementi in grado di influenzare l'interazione tra i partecipanti in un processo di erogazione del servizio sanitario: orientamento al cliente, coinvolgimento del cliente, provider empowerment e patient empowerment. Gli autori hanno condotto una serie di interviste a gestori, operatori e clienti di strutture sanitarie per comprendere il significato che ciascun attore assegna ad ognuno di questi temi. I risultati mostrano che ciascuna categoria di partecipanti al processo di erogazione del servizio sanitario attribuisce un significato diverso a ciascun tema. Questi risultati riflettono diversi ruoli dei partecipanti nel processo di co-creazione dei servizi sanitari.

Rehman e Dean (2010) dopo aver condotto uno studio del settore sanitario dei paesi in via di sviluppo in ottica di SD-Logic, ipotizzano che esiste una relazione tra la partecipazione del consumatore al processo di erogazione del servizio sanitario, la qualità percepita del servizio e la co-creazione del valore. Gli autori propongono quattro misure: Provider participation, Consumer participation, Sole value creation, Perceived service quality. Riguardo alla partecipazione del fornitore, gli autori sostengono che si possa misurare in due dimensioni fondamentali: 'fornitura di informazioni' e 'qualità dell'interazione'. La prima dimensione riflette il modo in cui un operatore fornisce informazioni al paziente sull'utilizzo del servizio e sui possibili esiti. La seconda dimensione include il grado di comprensione del consumatore circa il servizio e il grado in cui il tipo di relazione con il paziente genera risultati positivi. La partecipazione dei

consumatori al servizio sanitario può essere invece misurata nel contributo fornito dai pazienti durante l'incontro e l'interazione. La "Sole value creation" rivela quella parte del processo di co-creazione del valore dove è impegnato solo il consumatore, il quale sulla base della precedente interazione con il produttore, diventa capace di generare sempre più valore. Questa dimensione può essere misurata dal livello di abilità del cliente di "produrre valore da solo".

La co-creazione di valore attraverso lo scambio di informazioni tra fornitori e pazienti

Il paziente rappresenta un complesso ecosistema di informazioni che rafforza l'idea di un approccio centrato sul paziente per la gestione dei dati sanitari. Allo stesso modo, il ruolo del personale sanitario, come creatore e beneficiario di primo ordine delle informazioni del paziente, non deve essere sottovalutato. Eventi sanitari efficaci devono essere basati sul flusso efficiente delle informazioni dei pazienti utilizzate per supportare il processo decisionale clinico.

La pratica applicazione della co-creazione di valore nei servizi di assistenza sanitaria potrebbe avvenire attraverso la raccolta di giudizi dei pazienti circa il loro grado di soddisfazione per il servizio e l'interpretazione dei loro feedback nelle strategie di promozione per migliorare la qualità del servizio stesso (Zhanga et al., 2015). Poiché i pazienti sono considerati come clienti, il che li rende co-creatori di valore nel settore dei servizi sanitari, la comprensione della soddisfazione e delle esigenze dei pazienti dai loro feedback può dare agli operatori sanitari una migliore comprensione degli spazi di miglioramento per i servizi sanitari, i programmi di formazione, e aiutare a ottenere intuizioni sulle strategie di gestione. Quando i fornitori di assistenza sanitaria progettano servizi che soddisfano le esigenze di una varietà di utenti, l'equità nell'assistenza sanitaria può essere migliorata (Eriksson et al., 2016).

Elg et al. (2012) si propongono di individuare i diversi meccanismi attraverso i quali i fornitori del servizio sanitario possono imparare dai pazienti; in particolare suggeriscono un modello di co-creazione di valore basato sull'uso di diari da parte dei pazienti. Gli autori conducono un test su 53 pazienti per verificare l'effetto di questo metodo sulla co-creazione di valore. I risultati mostrano che il modello del diario può essere utilizzato

come mezzo per la generazione e la raccolta di idee del paziente; per illustrare la storia di un singolo paziente e stimolare lo sviluppo di servizi di assistenza sanitaria e la creazione di cure incentrate sul paziente; può servire ad una più profonda comprensione di come il paziente sperimenta i servizi di assistenza sanitaria.

Anche i reclami dei pazienti non devono essere considerati solo come un giudizio post-consumo ma devono essere colti come un'occasione di co-creazione del valore che può aumentare la conoscenza delle percezioni dei servizi di assistenza sanitaria del paziente (Olsson, 2016). Questo può richiedere agli operatori sanitari di migliorare le loro capacità relazionali, permettendo a pazienti e parenti di fornire un feedback durante l'interazione di servizio circa la loro soddisfazione o insoddisfazione. Inoltre, il provider dovrebbe essere invitato a partecipare alla rete di creazione di valore del cliente, che può includere anche conoscenze e competenze provenienti da altre fonti, come ad esempio i parenti (Olsson, 2016).

Stili di co-creazione dei pazienti

Le recenti prospettive del servizio affermano che la comprensione di come gli individui possano essere coinvolti nella co-creazione di valore per gestire al meglio la loro esperienza sanitaria è importante non solo per l'individuo stesso ma anche per le imprese di servizi di assistenza sanitaria, come le cliniche, gli operatori sanitari, e i governi (McColl-Kennedy et al. 2012). Il lavoro di McColl-Kennedy et al. (2012) identifica diverse pratiche di co-creazione di valore in sanità e descrive in quali modi i clienti possono contribuire alla creazione del valore attraverso le proprie attività nel corso della gestione della loro assistenza sanitaria. Sulla base dei precedenti lavori sulla S-D logic, gli autori individuano "ruoli", "attività" e "interazioni" necessari nel processo di co-creazione di valore nel settore sanitario. Gli autori propongono una tipologia di "health care Customer Value Cocreation Practice Styles" (CVCPS), utile soprattutto perché consente di mostrare i collegamenti delle diverse pratiche alla qualità della vita e la loro potenziale applicazione all'assistenza sanitaria. Inoltre, elaborano le concettualizzazioni di Vargo e Lusch (2004, 2008) per comprendere meglio il tipo di risorse che i pazienti potenzialmente integrano con le risorse auto-generate e viene mostrato empiricamente

come i clienti partecipano effettivamente alla co-creazione di valore attraverso attività e interazioni con altri attori della loro rete di assistenza. Sono state individuate otto tipologie di attività sia di natura comportamentale (fare) che cognitiva (pensare): (1) cooperazione; (2) raccolta di informazioni; (3) combinazione di terapie complementari; (4) co-apprendimento (ricerca attiva e condivisione di informazioni e comunicazione di feedback); (5) collegamenti con famiglia e amici, medici e altri professionisti sanitari, gruppi di sostegno; (6) nuovi modi di fare le cose; (7) co-produzione (per esempio attraverso la fornitura di assistenza, somministrazione di cure, ridisegno dei trattamenti, riconfigurazione dell'equipe medica); (8) attività cognitive, come il pensiero positivo, il supporto a se stessi, il lavoro emozionale, ecc. Questi elementi forniscono una base per una scala di misurazione della partecipazione del cliente alla co-creazione di valore in ambito sanitario.

Le diverse pratiche di co-creazione individuate in questo lavoro sono il risultato di una ricerca precedente (McColl-Kennedy et al., 2009) ovvero di uno studio empirico sui comportamenti dei clienti del Servizio Sanitario. La ricerca è condotta attraverso venti interviste a quattro gruppi di pazienti ricoverati in due cliniche diverse, affetti da diverse tipologie di cancro e con diversa durata del trattamento. Sono stati identificati sei diversi stili di co-creazione: “Team Manager”, “Isolate Controller”, “Partner”, “Spiritualist”, “Adaptive Realist” e “Passive Compliant”. Gli individui che presentano uno stile di co-creazione “Adaptive Realist”, “Partner”, “Spiritualist” o “Team Manager” tendono a dimostrare una più elevata qualità della vita. Al contrario, i pazienti che hanno uno stile “Passive Compliant” o “Isolate Controller” tendono ad essere associati con una bassa qualità della vita. I risultati mostrano che soprattutto il “team management” e il “partnering” dovrebbero essere incoraggiati dagli operatori sanitari in quanto tendono ad essere associati ad una maggiore qualità della vita.

Nambisan P. e Nambisan S. (2009) offrono un quadro teorico che consente di analizzare la co-creazione di valore in sanità composto da quattro modelli alternativi di co-creazione di valore per il consumatore: il modello della partnership, il modello open-source, il modello del supporto di gruppo e il modello della diffusione. Vengono anche analizzate le implicazioni dei diversi modelli sul servizio sanitario.

L'importanza del valore esperienziale nella co-creazione

Alcuni studi sottolineano che il valore dell'assistenza sanitaria deve essere concettualizzato dal punto di vista esperienziale (Mathwick et al., 2001). La percezione del valore e dei suoi antecedenti implica che gli attori (medici e pazienti) condividano diversi punti di vista di co-creazione del valore nel settore sanitario. Ad esempio, Osei-Frimpong et al. (2015) suggeriscono che i pazienti considerano come valore ricevuto dal servizio non solo lo "stare bene", ma anche le loro esperienze in sala di consultazione. Quindi la percezione di valore dei pazienti è legata alle loro esperienze durante le visite (valore edonistico), mentre i medici considerano il valore funzionale (utilitario) e le percezioni di valore degli attori influenzano il valore complessivo creato (Osei-Frimpong et al. 2015).

Helkkula et al. (2013) esaminano come i diversi attori calcolano il valore dell'esperienza all'interno dei sistemi di servizio sanitario pubblico distinguendo tra il valore calcolato, che è comunemente ottenuto osservando le variazioni nelle specifiche misure cliniche, e il valore personale, che si basa su singoli sense-making in un contesto sociale. Gli autori distinguono anche tra il valore preferito e non preferito e le esperienze di valore preferite e non preferite. Il valore preferito obiettivo è sostenuto da misure cliniche, il valore preferito soggettivo da esperienze di valore positive. Il valore preferito calcolato e sperimentato si riferisce a situazioni in cui entrambi hanno connotazioni positive, come ad esempio la chirurgia della cataratta o di protesi dell'anca. Il valore non preferito calcolato e il valore sperimentato si riferisce a situazioni in cui entrambi i tipi di valore hanno connotazioni negative, per esempio farmaci con scarsa efficacia e forti effetti collaterali negativi.

Creare valore con i pazienti comporta la necessità per i fornitori di comprendere le esigenze o obiettivi dei pazienti e adottare un approccio volto al coinvolgimento in modo olistico al fine di generare esperienze positive e potenziare e aumentare la fiducia dei pazienti nelle consultazioni (Osei-Frimpong, 2016). I bisogni del paziente influenzano significativamente il processo di incontro paziente-medico (approccio alla somministrazione delle cure, livello di fiducia e propensione al Decision Making condiviso). Questo a sua volta influenza il valore esperienziale percepito dal paziente e la sua valutazione della soddisfazione (Osei-Frimpong, 2016).

In particolare, i manager dovrebbero riconoscere che i consumatori variano nella motivazione e comportamento e di conseguenza sviluppare strategie risonanti con i loro stili di pratica. Ad esempio, due pazienti possono stare attenti alla forma fisica, ma uno preferisce corsi di fitness ai quali può partecipare con un amico, mentre un altro preferisce allenarsi da solo in modo da personalizzare la sua propria routine. Quindi i manager possono progettare esperienze di servizio per soddisfare i diversi stili dei consumatori (Chandler e Chen, 2016).

L'adozione di un orientamento Service-Dominant deve essere preceduta da un cambiamento di mentalità da parte delle imprese; Wells et al. (2013), analizzano il caso delle imprese di dispositivi medici. Quest'ultime, infatti, dovranno passare dal percepire il proprio ruolo in termini di "fare qualcosa" e "fornire valore" a ridefinire il valore come qualcosa che è co-creato attraverso la collaborazione. Dopo aver adottato questa mentalità le imprese di dispositivi potranno ottenere una migliore comprensione della loro clientela e creare una più efficiente relazione allineando la percezione di valore, i bisogni e le aspettative del cliente con i propri e creando esperienze personalizzate sulla base di una reciproca comprensione (Wells et al., 2015).

La co-creazione di valore attraverso piattaforme tecnologiche e comunità online

Nel settore sanitario, le interazioni e il dialogo sono tradizionalmente limitati agli incontri faccia a faccia durante gli appuntamenti o trattamenti al paziente. Rantala e Karjaluoto (2016) mostrano come le piattaforme online rappresentano una nuova forma di interazione per la co-creazione di valore in cui entrambe le parti sono indipendenti nelle loro sfere, ma il servizio (attraverso la piattaforma digitale) è disponibile in maniera continuativa nel tempo differenziandosi notevolmente dagli episodi tradizionali di incontri occasionali tra il fornitore di servizi e il cliente. In questo sistema, il cliente è supportato quando entrambe le parti si incontrano durante la sessione tramite il servizio digitalizzato. Questa continuità nel tempo attraverso la digitalizzazione consente un cambio di paradigma, mentre la definizione di "interazione" cambia da diretta-indiretta a interazioni indipendenti dal tempo. Loane et al. (2014) esaminano i meccanismi di co-creazione di valore che si generano nelle comunità sanitarie online, alle quali sempre più

consumatori si rivolgono per avere informazioni sulla salute e sull'assistenza sociale. L'analisi viene condotta attraverso lo studio dei post e delle discussioni all'interno delle comunità online per i malati di Parkinson e SLA. I risultati dimostrano che le comunità sanitarie online offrono ai consumatori la possibilità di creare e di beneficiare di forme di valore per il cliente che non sarebbero disponibili in un sistema sanitario tradizionale.

In effetti, emerge un principio centrale che individua il paziente come arbitro della co-creazione di valore ed entrambi gli operatori sanitari e i pazienti adottano il ruolo di integratori di risorse. L'obiettivo è quello di creare una piattaforma sicura, dinamica e conveniente per supportare l'accesso alle informazioni durante tutta la vita del paziente. Il risultato è un passaggio dagli incontri clinici episodici a un ciclo continuo di cura che consente di ottimizzare l'assistenza sanitaria. Black and Sahama (2016) prevedono che l'introduzione delle cartelle cliniche elettroniche personalmente controllate (PCEHR- Personally Controlled Electronic Health Record) fornirà l'infrastruttura e l'impulso per migliorare i flussi di informazioni nelle pratiche cliniche.

In un'ottica di co-creazione del valore, il ruolo delle piattaforme e della tecnologia non deve essere quello di fornire il servizio di cura, ma di supportare i pazienti nell'autogestione della propria condizione. Ad esempio, Buranarach et al. (2011), in un'ottica di Service Science, descrivono due sistemi di servizio progettati per supportare le attività di autocura dei pazienti con diabete di tipo 2: un sistema automatizzato di gestione della malattia al telefono (ATDM) e un portale di supporto per l'autogestione del paziente. Nella cura della malattia cronica, migliorare l'autogestione dei pazienti può portare a migliorare la co-creazione dell'utente e la partecipazione al sistema di servizio. I sistemi di servizio a supporto dell'auto-gestione del paziente devono concentrarsi sulla personalizzazione dell'utente, cioè personalizzazione, dei servizi.

Sukkird e Shirahada (2015) sottolineano l'importanza di effettuare investimenti tecnologici per consentire processi di co-creazione di valore tra i fornitori di servizi sanitari e i pazienti nei paesi in via di sviluppo in modo da migliorare il servizio di emergenza medica (EMSS) per le persone anziane.

I pazienti sono attratti nelle comunità online per trovare informazioni, ma nel corso del tempo, potrebbero potenzialmente sviluppare una forte connessione affettiva con gli altri partecipanti e, quindi, impegnarsi nello scambio di informazioni affettive (Saarni, 1999). In base ai livelli di creazione di valore cognitivo e affettivo, variano i tipi di attività della

comunità, i pazienti coinvolti, i professionisti e altri soggetti interessati e i livelli di diffusione dei dati da parte membri della comunità. Van Oerle et al. (2016) identificano quattro configurazioni di comunità online: fornitori di informazioni di base, aggregatori avanzati delle conoscenze dei pazienti, innovatori sistematici di rete, e semplici divulgatori di idee. I risultati dimostrano che la creazione di valore cognitivo è un volano per la creazione di valore affettivo.

La co-creazione di valore nella Supply Chain

Alcuni studi empirici hanno anche dimostrato l'efficacia di coniugare la logica S-D al Supply Chain Management. Partendo dai presupposti della Service-Dominant logic, Chakraborty e Dobrzykowski (2013) hanno esaminato la co-creazione di valore nel settore sanitario, sotto forma di traduzione delle competenze interne in capacità esterne e hanno sviluppato un quadro teorico che collega la logica S-D e il Supply Chain Management. Gli autori, analizzando come le pratiche di SCM possono influenzare la co-creazione di valore nel settore sanitario, individuano alcuni elementi che supportano la co-creazione di valore, come ad esempio il dialogo tra i vari attori, l'accesso alle informazioni all'interno della Supply Chain, l'analisi dei rischi-benefici e la trasparenza. In un successivo lavoro Chakraborty e Dobrzykowski (2013) analizzano la collaborazione nella supply chain nel contesto sanitario (ospedali) usando le lenti della Service-Dominant logic per stabilire se e in che modo la collaborazione è un presupposto fondamentale per la co-creazione di valore e se e in che modo quest'ultima impatta sulla performance dell'ospedale. La co-creazione di valore viene quindi analizzata come stato intermedio tra la collaborazione e la performance finale della struttura sanitaria. Come componenti della co-creazione di valore nel supply network dell'ospedale sono stati presi in considerazione l'allineamento delle competenze, il controllo percepito, l'allineamento dei processi e delle aspettative. I risultati raggiunti sono i seguenti: la collaborazione nella supply chain ha un significativo effetto positivo sulla co-creazione di valore; la co-creazione di valore ha un significativo effetto positivo sulla performance dell'ospedale (sia clinica che finanziaria); la complessità dei rapporti incide sulla relazione tra la

collaborazione nella supply chain e la co-creazione di valore e sulla relazione tra la co-creazione di valore e la performance dell'ospedale.

Il focus dei diversi lavori ha chiarito alcuni dubbi sul ruolo della collaborazione nella supply chain nel settore sanitario (in particolare negli ospedali) in ottica di co-creazione del valore. In particolare Chakraborty e Dobrzykowski (2014) studiando la collaborazione nella supply chain (SCC) stabiliscono che essa rappresenta un antecedente alla co-creazione di valore (VCC); dove VCC agisce come mediatore nel rapporto tra SCC e la performance aziendale.

La co-creazione di valore attraverso la collaborazione e le capacità di partenariato tra l'organizzazione sanitaria e i diversi stakeholder della catena di approvvigionamento conduce ad un processo decisionale che è significativamente diverso da quelli generati dal sistema di creazione di valore convenzionalmente isolato e costituisce un vantaggio competitivo basato su una maggiore innovazione, miglioramento del servizio e riduzione dei rischi (Sudhakar Nudurupati et al., 2015).

CAPITOLO 3 - L'EMPOWERMENT DEL PAZIENTE E LE CONNESSIONI CON LA SODDISFAZIONE E LA CO- CREAZIONE DI VALORE

L'empowerment del paziente sta guadagnando sempre più importanza in ambito sanitario a livello internazionale (Wallerstein, 2014). Questo fenomeno riflette la lenta transizione nella cultura occidentale da un'etica di paternalismo verso un'etica di potenziamento del ruolo dei pazienti e della loro capacità di prendere decisioni informate. Diversi sistemi sanitari stanno mettendo in atto politiche volte a sviluppare e attuare approcci più equi e collaborativi al rapporto di assistenza sanitaria, tra i quali, il riuscire a instaurare processi decisionali condivisi tra operatori sanitari e pazienti sembra essere l'obiettivo prioritario (Guadagnoli e Ward, 1998). Alcune evidenze mostrano che l'empowerment del paziente può migliorare l'uso efficiente dei servizi sanitari (Wallerstein, 2014).

Nell'anno 2012, l'Ufficio Europeo della World Health Organization (WHO) pubblicò il programma Health 2020 (WHO, 2012) nel quale si stabilivano gli orientamenti strategici e le aree prioritarie di intervento politico per l'Europa in materia di salute e benessere fino all'anno 2020. Uno degli obiettivi specifici definiti in questo programma è l'empowerment sia dei cittadini che dei pazienti. Nello stesso documento viene ribadito che l'empowerment e l'assistenza centrata sul paziente sono elementi chiave per migliorare i risultati di salute, aumentare la soddisfazione degli utenti, migliorare la comunicazione tra operatori sanitari e pazienti, ottenere una maggiore conformità ai piani terapeutici e, inoltre, ottimizzare l'uso delle risorse e i costi dell'assistenza sanitaria. Il concetto di empowerment si utilizza in un'ampia gamma di contesti. In ambito sanitario, questa espressione è stata adottata in un primo momento come una linea guida per la pianificazione degli interventi per la promozione della salute, e negli ultimi anni, come una strategia per la gestione delle malattie croniche.

In questo capitolo si descrivono le definizioni e dimensioni dell'empowerment più diffuse nella letteratura e si analizzano concettualmente le sue implicazioni sulla qualità del servizio sanitario, espressa soprattutto in termini di soddisfazione del paziente. Si esaminano anche le relazioni tra l'empowerment del paziente e la co-creazione di valore e tra quest'ultima e la soddisfazione del paziente, evidenziando come sia possibile supporre una correlazione positiva tra le tre dimensioni, da confermare successivamente sul piano empirico (capitolo 5) con la validazione del modello di indagine proposto (capitolo 4).

3.1 Definizioni di Patient Empowerment

Uno dei primi contesti nel quale si fa riferimento al concetto di empowerment è la filosofia della pedagogia della liberazione di Paulo Freire (McAllister et al., 2012; Rodwell, 1996), dove viene introdotto come una risposta all'oppressione e alle disuguaglianze sociali. Successivamente, l'empowerment è stato analizzato nella psicologia di comunità, teoria critica della società, studi di genere, economia rurale e, infine, nell'educazione sanitaria e promozione della salute (WHO, 2012; McAllister et al., 2011). Indipendentemente dal contesto disciplinare nel quale si situa, la letteratura raccoglie un'ampia gamma di significati, definizioni e interpretazioni, rendendolo un concetto multidimensionale.

Una delle caratteristiche dell'empowerment, che emerge dal suo utilizzo nella psicologia, è che si tratta di un concetto che appartiene alla società e non all'individuo. In letteratura si distingue tra concetti come autoefficacia, autonomia, autodeterminazione, controllo personale, autoregolazione (tutti equivalenti tra di loro) e empowerment. Diversi autori ritengono che i primi si verificano a livello individuale e solo quando questi processi hanno un impatto sulla società, cioè quando gli individui partecipano attivamente all'organizzazione della società, si può parlare di empowerment (Pick et al., 2007; Christens, 2013).

Anche nella sua applicazione al campo della salute, il concetto di empowerment ha un lungo percorso; è stato impiegato prima di tutto come un elemento essenziale nella promozione della salute, successivamente è stato considerato come un processo in grado di aumentare l'autonomia e la partecipazione dei pazienti nei processi decisionali relazionati con la salute, e, infine, con l'incremento delle patologie croniche, è stato riconosciuto come una strategia da perseguire per incrementare la partecipazione e l'assunzione di responsabilità da parte dei pazienti nei riguardi delle loro cure con il fine primario di migliorarne i risultati e, secondariamente, per controllare i costi sanitari (Aujoulat et al., 2007).

La WHO, definisce l'empowerment come “un processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo sulle decisioni e azioni che riguardano la propria salute; a tal fine, gli individui e le comunità hanno bisogno di sviluppare abilità, avere

accesso alle informazioni e alle risorse, e avere l'opportunità di partecipare e influire sui fattori che interessano la propria salute e benessere" (WHO, 2012).

Cerezo et al. (2016), hanno condotto una revisione della letteratura riguardo le definizioni e dimensioni esistenti di patient empowerment. La ricerca è stata effettuata sulle banche dati MEDLINE e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) con le keywords "patient empowerment". Gli autori hanno selezionato 126 lavori dai quali sono state raccolte le definizioni riportate nella Tabella 5.

TABELLA 5: DEFINIZIONI DI EMPOWERMENT

DEFINIZIONI DI PATIENT EMPOWERMENT	AUTORI
<i>È un processo di comunicazione ed educazione tra gli operatori e i pazienti nel quale si condividono conoscenze, valori e potere, e il cui obiettivo è una trasformazione personale.</i>	<i>Aujoulat et al., 2007</i>
<i>L'empowerment fa riferimento ai pazienti come soggetti autonomi con un certo controllo sulla propria salute.</i>	<i>McAllister et al., 2012</i>
<i>È un processo e un risultato derivato dalla comunicazione tra gli operatori e i pazienti, nel quale ci si scambiano informazioni sulle risorse relative alla malattia e che consente di aumentare l'autocontrollo, l'autoefficacia, le capacità di reazione e la capacità di ottenere una trasformazione della propria condizione.</i>	<i>Small et al., 2013</i>
<i>L'empowerment applicato alla salute riguarda il grado di scelta, influenza e controllo che i malati hanno in relazione al trattamento, la malattia e la relazione con gli operatori.</i>	<i>Anderson et al., 2010</i>
<i>È un processo e un risultato attraverso il quale i pazienti acquisiscono autostima e autoefficacia nel partecipare in forma attiva alle visite e, in ultima analisi, esercitare il potere di prendere decisioni sul proprio trattamento.</i>	<i>Aslani, 2013</i>
<i>Riflette un tipo di sostegno che permette e motiva le persone a prendere le misure necessarie per gestire e migliorare la propria salute in forma autonoma.</i>	<i>Bann et al., 2010</i>
<i>È la capacità mostrata dai pazienti con patologie croniche di accettare la malattia e sviluppare e utilizzare strategie di azione specifiche con l'obiettivo di recuperare un senso di controllo.</i>	<i>Bulsara et al., 2006</i>
<i>Il paziente "potenziato" è quello capace di informare dei cambiamenti, che sviluppa attività di auto-cura, con capacità e competenza per la gestione della malattia in modo indipendente e che sente di avere il controllo sulla propria vita.</i>	<i>Fotoukian et al., 2014</i>
<i>È l'acquisizione della motivazione e delle abilità e conoscenze che i pazienti possono usare per partecipare ai processi decisionali, creando così un'opportunità per raggiungere livelli più alti di potere nelle relazioni con gli operatori.</i>	<i>Fumagalli et al., 2015</i>

<i>È il processo di riconoscimento, promozione e miglioramento delle capacità delle persone per soddisfare le proprie necessità, risolvere i propri problemi e mobilitare le risorse necessarie al fine di sentire di controllare la propria vita.</i>	Gibson, 1991
<i>È il potere che si attua attraverso una relazione di fiducia reciproca e rispettando l'autonomia, che si sviluppa in un processo dinamico e centrato sul paziente.</i>	Jerofke, 2013
<i>L'empowerment del paziente si ottiene quando c'è una distribuzione equa o giusta del sapere, e il paziente partecipa nel prendere decisioni condivise.</i>	McWilliam et al., 2009
<i>È quello che permette ai pazienti di ottenere il controllo sulla propria salute.</i>	O'Cathain et al., 2005
<i>È un processo inquadrato in una relazione di aiuto o partenariato, e che permette alle persone di prendere decisioni sulle proprie vite.</i>	Rodwell, 1996
<i>È un processo nel quale gli operatori sanitari collaborano con i pazienti per raggiungere un obiettivo finale che è l'autogestione della malattia, ciò implica che i pazienti partecipino attivamente per conseguire una trasformazione della propria salute.</i>	Shearer et al., 2007
<i>È un processo che si sviluppa in un approccio di collaborazione nel quale gli operatori sanitari aiutano i pazienti ad acquisire le conoscenze necessarie per prendere decisioni informate e il cui risultato è un paziente responsabile della gestione della propria malattia.</i>	Wentzer et al., 2013
<i>I pazienti "potenziati" sono persone che ottengono le conoscenze e le abilità per diventare soci attivi degli operatori, in modo che possano prendere decisioni informate sul proprio trattamento e cura e, a livello sociale, esercitare un'influenza informata sui sistemi sanitari.</i>	Boudioni et al., 2015

FONTE: CEREZO ET AL. (2016)

Prendendo dalla definizione di Bann et al. (2010), nella quale si considera l'empowerment come un processo sociale di riconoscimento, promozione e miglioramento delle capacità dei pazienti per soddisfare le proprie necessità, risolvere i propri problemi e sentire di controllare la propria vita, possiamo osservare tre caratteristiche presenti in altre definizioni: affinché si possa verificare l'empowerment è necessario che i pazienti abbiano capacità preliminari (Small et al., 2013; Bann et al., 2010); l'empowerment è un processo (Camerini, 2015; Wang et al., 2016; Aujoulat et al., 2007; McAllister et al., 2012; Small et al., 2013; Aslani, 2013; Bulsara et al., 2006; Gibson, 1991; Jerofke, 2013; McWilliam, 2009; O'Cathain et al., 2005) ma anche un risultato (Camerini, 2015; Fumagalli et al., 2015; Wang et al., 2016; Valderas et al., 2008; Aujoulat et al., 2007; McAllister et al., 2012; Small et al., 2013; Anderson e Funnell, 2010; Aslani, 2013;

Bulsara et al., 2006; Fotoukian et al., 2014; Fumagalli et al., 2015; Gibson, 1991; Jerofke, 2013; McWilliam, 2009; O’Cathain et al., 2005).

Gli autori che definiscono l’empowerment come un processo, lo considerano principalmente come un processo comunicativo che si sviluppa tra gli operatori sanitari e i pazienti (Aujoulat et al., 2007; Small et al., 2013), attraverso un modello di partenariato (Rodwell, 1996; Boudioni et al., 2012), di collaborazione (Shearer et al., 2007; Wentzer e Bygholm, 2013), e di assistenza centrata sul paziente (Jerofke, 2013), fondato su una relazione che dovrebbe essere egualitaria ed equa (McWilliam, 2009). Questo processo relazionale deve essere guidato dallo scambio di informazioni e consiste nel condividere conoscenze e abilità (Small et al., 2013; Fotoukian et al., 2014; Fumagalli et al., 2015; Wentzer e Bygholm, 2013; Aujoulat et al., 2008), strategie di azione (Small et al., 2013; Bulsara et al., 2006), includendo elementi motivazionali (Bann et al., 2010; Fumagalli et al., 2015).

La maggior parte degli autori sostiene che l’autoefficacia sia il risultato dell’empowerment, mentre altri (Aslani, 2013; Fotoukian et al., 2014) ritengono che essa si acquisisce durante il processo di empowerment e che è necessaria per ottenere la partecipazione del paziente al processo decisionale, il quale rappresenterebbe il risultato finale dell’empowerment.

Per alcuni autori il risultato del processo di empowerment consiste nel verificarsi di trasformazioni nelle condizioni del paziente (Aujoulat et al., 2007; Small et al., 2013; Shearer et al., 2007), mentre per altri, la finalità ultima è il raggiungimento dell’autogestione (McAllister et al., 2012; Bann et al., 2010; Fotoukian et al., 2014; Shearer et al., 2007; Wentzer e Bygholm, 2013), dell’auto-efficacia (McAllister et al., 2012; Small et al., 2013), dell’auto-cura (Fotoukian et al., 2014), dell’assunzione di controllo sulla situazione (McAllister et al., 2012; Small et al., 2013; Bulsara et al., 2006; Gibson, 1991; O’Cathain et al., 2005; Rodwell, 1996), la partecipazione al processo decisionale (Anderson e Funnell, 2010; Aslani, 2013; McWilliam, 2009; Rodwell, 1996; Wentzer e Bygholm, 2013) e il raggiungimento di una posizione di potere nella relazione con gli operatori (Fumagalli et al., 2015).

Quasi tutti gli autori considerano l’empowerment come un processo individuale, solo Boudioni et al. (2012) considerano il concetto non solo a livello individuale ma anche

sociale, ritenendo che un paziente “potenziato” può esercitare un’influenza sui sistemi sanitari.

3.2 Le dimensioni dell’empowerment

Dalla revisione della letteratura di Cerezo et al. (2016) sono state raccolte anche le principali dimensioni di patient empowerment, riassumibili nella Tabella 6.

TABELLA 6: DIMENSIONI DELL’EMPOWERMENT

DEFINIZIONI DI PATIENT EMPOWERMENT	AUTORI
Partecipazione al processo decisionale	Small et al., 2013 Fotoukian et al., 2014 Ouschan et al., 2000 Salmon et al., 2004
Assunzione del controllo	Small et al., 2013 Fotoukian et al., 2014 Ouschan et al., 2000 Aujoulat et al., 2008 Oh et al., 2012 Salmon et al., 2004
Acquisizione delle conoscenze	Aghili et al., 2013 Ouschan et al., 2000 Aujoulat et al., 2008
Capacità di agire	Fotoukian et al., 2014 Aghili et al., 2013 Salmon et al., 2004
Attitudini positive	Salmon et al., 2004
Dare un senso alla propria esperienza con la malattia	Aujoulat et al., 2008
Motivazione	Oh et al., 2012
Fiducia	Oh et al., 2012
Auto-cura	Fotoukian et al., 2014 Aghili et al., 2013
Condividere informazioni con altri pazienti e contribuire alla loro formazione	Small et al., 2013

FONTE: CEREZO ET AL. (2016)

Dall’analisi delle dimensioni del patient empowerment riscontrate nella letteratura, come dall’analisi delle definizioni, emerge che in alcuni casi queste dimensioni riflettono dei risultati come la partecipazione al processo decisionale e l’assunzione del controllo, e, in altri casi, esprimono un processo come l’acquisizione di conoscenze e di abilità di azione.

Solo in un lavoro (Small et al., 2013), viene considerata la dimensione sociale che riguarda il condividere informazioni con altri pazienti e contribuire alla loro formazione, in linea con l'uso che si fa del termine empowerment nella psicologia di comunità.

L'auto-efficacia è uno dei concetti più diffusi nelle definizioni di empowerment del paziente, tuttavia esso non appare come dimensione in nessuno dei lavori, come al contrario accade con il concetto di controllo e con quello della partecipazione al processo decisionale. Questo potrebbe dipendere dal fatto che auto-efficacia e empowerment sono concetti che si sovrappongono, con attributi molto semplici, però contestualizzati su diversi livelli. L'auto-efficacia si considera un concetto individuale, vincolato al rendimento personale, e con una componente chiaramente psicologica (Cattaneo e Chapman, 2010), mentre l'empowerment ha componenti psicologiche, sociali e politiche e si utilizza per descrivere sia variabili personali sia pratiche assistenziali e caratteristiche del sistema (Fumagalli et al., 2015; Rogers et al., 1997; Pulvirenti et al., 2014).

A seguito della revisione delle diverse definizioni e dimensioni analizzate si può concludere che il patient empowerment, è un concetto individuale che a volte è considerato come un processo altre come un risultato. Il processo si caratterizza per la formazione e l'emancipazione attraverso il trasferimento di conoscenze e risorse, realizzato dagli operatori e dai pazienti all'interno di una relazione collaborativa il cui risultato si riflette in maggiori capacità di controllo e di gestione della malattia e l'assunzione di decisioni informate da parte del paziente. L'empowerment implica un cambiamento di paradigma nell'assistenza, la sfida sta in come integrarlo nella pratica assistenziale. Conoscere le strategie che aumentano l'alfabetizzazione sanitaria dei pazienti non è sufficiente per stimolare l'empowerment; se l'obiettivo finale è che i pazienti adottino cambi di condotta, probabilmente è necessario intraprendere strategie motivazionali.

La maggior parte delle dimensioni del patient empowerment raccolte dalla letteratura è riconducibile ad una delle quattro dimensioni principali individuate nel SUSTAINS Project della Commissione Europea (Ünver e Atzori; 2013), e che saranno adottate in questo lavoro:

1. **Health Literacy (HL)**: intesa come la capacità di una persona di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e dei servizi necessari per prendere le

decisioni opportune per la salute. Questa dimensione include la capacità di cercare attivamente le informazioni sulla salute ed essere in grado di comprenderle separatamente, selezionare le informazioni di qualità e analizzarle in maniera critica. Questa dimensione è riconducibile a quella di “acquisizione della conoscenza” degli autori Aghili et al. (2013); Ouschan et al. (2000); Aujoulat et al. (2008) e a quella di “condividere e formare gli altri” di Small et al. (2013).

2. **Patient Participation (PP)**: Intesa come la capacità dell'individuo di partecipare insieme agli operatori sanitari alle decisioni relative al proprio percorso sanitario. Include la capacità del paziente di conoscere e valutare le diverse alternative disponibili e comunicare ai medici le proprie preferenze. Questa dimensione è fortemente influenzata dall'HL del paziente e la possiamo ricondurre alla dimensione di “partecipazione al processo decisionale degli autori” Small et al. (2013); Fotoukian et al. (2014); Ouschan et al. (2000); Salmon et al. (2004).
3. **Patient Control (PC)**: sta ad indicare la capacità del paziente di monitorare il proprio stato di salute o il progresso della propria malattia ed essere attivo nel suo mantenimento o miglioramento. Include la capacità del paziente di prevenire e gestire i sintomi, eseguire le medicazioni o i controlli in autonomia, utilizzare i dispositivi medici per il miglioramento della propria vita quotidiana. Questa dimensione raccoglie quelle di “assunzione del controllo” (Small et al., 2013; Fotoukian et al., 2014; Ouschan et al., 2000; Aujoulat et al., 2008; Oh et al., 2012; Salmon et al., 2004), “capacità di agire” (Fotoukian et al., 2014; Aghili et al., 2013; Salmon et al., 2004) e “auto-cura” (Fotoukian et al., 2014; Aghili et al., 2013).
4. **Communication with Health Professionals (CHP)**: indica la capacità del paziente di comunicare in modo efficace con i propri medici, descrivendo nel dettaglio i propri sintomi, la propria storia clinica, essendo sincero nella descrizione dei propri stili di vita e abitudini, anche quando dannosi per la salute, nonché la capacità di chiedere maggiori informazioni e di esprimere i propri sentimenti e opinioni. Questa dimensione sembra non essere considerata dalla letteratura revisionata ma, d'accordo con il SUSTAINS Project, la si ritiene fondamentale per qualsiasi processo di empowerment. Qualsiasi forma di collaborazione o interazione tra il paziente e il

personale sanitario deve infatti fondarsi su un'adeguata comunicazione affinché possa raggiungere risultati positivi.

3.3 La qualità del servizio sanitario nella letteratura

Il concetto di qualità del servizio sanitario è più difficile da definire rispetto a quello degli altri servizi (Donabedian, 1966) perché sono il consumatore stesso e la qualità della sua vita ad essere valutati (Eiriz e Figueiredo, 2005). Tuttavia, in letteratura troviamo moltissime definizioni di qualità del servizio sanitario e ogni autore si focalizza su aspetti diversi. Possiamo raggruppare le diverse definizioni in due macrocategorie (Mosadeghrad, 2013):

1. nella prima categoria, la qualità è definita come “conformità alle specificazioni predeterminate, requisiti o standard” e “soddisfare le aspettative dell'erogatore del servizio”. Il focus è interno (la qualità dal lato dell'offerta) e le componenti considerate per la sua valutazione sono precisione, affidabilità ed efficacia (Donabedian, 1980; Leebov et al., 2003).
2. nella seconda categoria, la qualità è definita come “soddisfare i bisogni del paziente o superare le sue aspettative”. Quindi, il focus è esterno (qualità dal lato della domanda) e gli attributi più importanti sono la sicurezza, l'empatia e l'accessibilità (Øvretveit, 1992; Lohr, 1991).

Altri autori, distinguono tra la dimensione tecnica della qualità sanitaria, che fa riferimento alla fornitura dei servizi o ai loro risultati (cosa è offerto e ricevuto) (Grönroos, 1984) così come alla competenza dei fornitori nell'eseguire le loro routines (Lim et al., 1999), e la dimensione funzionale che riguarda il processo di erogazione dei servizi sanitari o il modo in cui i consumatori ricevono il servizio (come il servizio è offerto e ricevuto) (Grönroos, 1984). I pazienti, generalmente, si basano sulla qualità funzionale (strutture, pulizia, cibo e atteggiamenti degli operatori) piuttosto che sulla qualità tecnica quando valutano un servizio sanitario (Wan Rashid e Jusoff, 2009). Alcuni autori, invece, sottolineano l'aspetto interpersonale della qualità sanitaria e la definiscono come la relazione socio-psicologica tra il paziente e i fornitori di servizi sanitari (Joss e Kogan, 1995; McLaughlin e Kaluzny, 2006; Naveh e Stern, 2005, Lim et al., 1999).

Riguardo agli strumenti per il miglioramento della qualità, è difficile trovare le giuste pratiche per il servizio sanitario poiché è multidimensionale, complesso, intangibile ed eterogeneo. La letteratura mostra che numerosi processi che sono stati sperimentati con successo nell'industria manifatturiera (Handfield e Ghosh, 2001; Handfield e Melnyk, 1998) sono stati adattati all'assistenza sanitaria (Barry e Smith, 2005), tra i quali, i più diffusi sono: statistical quality/process control, competitive benchmarking, supply chain management e customer satisfaction evaluation.

A partire dagli anni '90 c'è stato un notevole interesse nell'applicazione del Continuous Quality Improvement (CQI) all'interno delle organizzazioni sanitarie. Il CQI ha lo scopo di migliorare l'assistenza sanitaria identificando i problemi, implementando e monitorando azioni correttive e studiando la sua efficienza attraverso strumenti quantitativi (Bell e Krivich, 2000). È focalizzato sul "processo" piuttosto che sull'individuo (Graham, 1995).

L'industria ospedaliera, in particolare, ha adottato le prassi del Total Quality Management (TQM) (McLaughlin e Kaluzny, 1990; Ovretveit, 2000) e il Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) (Douglas e Fredendall, 2004), nella convinzione che questi programmi avrebbero portato un miglioramento sia della qualità che dell'efficienza nell'erogazione dei servizi (Carman et al. 2010). Un altro strumento di controllo che si è diffuso nelle organizzazioni sanitarie è il Six Sigma (Barry et al., 2002; Carey, 2003), un programma basato sulla deviazione standard che ha l'obiettivo di raggiungere un alto controllo del processo di produzione al fine di avere solo 3.4 difetti per un milione di opportunità (Pyzdek, 2001; Revere e Black, 2003).

Le organizzazioni sanitarie hanno anche riconosciuto il potente impatto dei problemi di approvvigionamento in ambito sanitario (Tucker, 2004) e hanno utilizzato il Supply Chain Management per i loro programmi di qualità soprattutto in termini di lean operations (Barry e Smith, 2005; Tan et al., 1999). Lo Strategic Supply Chain Management è diventato un elemento vitale per il successo dei programmi in materia di qualità (Bendoly et al., 2004; Chen e Paulraj, 2004; Lejeune e Yakova, 2005).

Nonostante gli sforzi di adattare strumenti di miglioramento della qualità dall'industria manifatturiera al settore sanitario, rimangono molti dubbi sulla loro validità. La produzione del servizio non è separata dal suo consumo; il paziente partecipa direttamente con le sue emozioni, stati d'animo, sentimenti, paure e aspettative che alterano le sue

percezioni della qualità del servizio che, per questa ragione, non può essere determinata oggettivamente. La qualità percepita, quindi, differisce dalla qualità oggettiva che implica una valutazione obiettiva di una cosa o di un evento sulla base di standard predeterminati che sono misurabili e verificabili (Zeithaml, 1988). Grönroos (1984) definisce la qualità percepita del servizio come il risultato di un processo di valutazione, dove il consumatore compara le sue aspettative con il servizio che ha ricevuto, cioè mette a confronto il servizio percepito e il servizio atteso. La differenza tra qualità attesa e percepita può essere definita come la soddisfazione del paziente e, nelle ultime due decadi, gli studi sulle connessioni tra la qualità del servizio e la soddisfazione del paziente sono cresciuti esponenzialmente. Molti autori sottolineano l'importanza del punto di vista del paziente come uno strumento essenziale nel processo di monitoraggio e miglioramento della qualità del servizio sanitario (Thi et al., 2002; Hiidenhovi, et al., 2002; Lim and Tang, 2000; Pakdil & Harwood, 2005; Badri et al., 2008); altri autori hanno affermato l'esigenza di studi empirici sulle relazioni tra la qualità del servizio sanitario e la soddisfazione del paziente (Choi et al., 2004; Zineldin, 2006; Andaleeb, 2001; Brady and Robertson, 2001; Badri et al., 2008). Dai lavori che hanno esaminato questa relazione emerge che la qualità è correlata positivamente alla soddisfazione, tuttavia, la forza di questa relazione resta sconosciuta (Andaleeb, 2001; Taylor, S., 1994).

La letteratura sulla qualità del servizio sanitario legata alla soddisfazione è copiosa, tuttavia, la maggior parte dei contributi riguarda la SERVQUAL scale, elaborata da Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) e basata su un questionario che misura sia le aspettative del cliente verso la qualità del servizio sia le sue percezioni del servizio ricevuto in termini di cinque dimensioni (affidabilità, garanzia, aspetti tangibili, empatia e conformità). Quando le aspettative del cliente sono maggiori delle sue percezioni, la qualità del servizio è considerata bassa. Alcuni studiosi ritengono che la scala SERVQUAL è appropriata in ambito sanitario (Lim e Tang, 2000; Jabnoun e Chaker, 2003; Pakdil, e Harwood, 2005), per altri, invece, necessita di alcune modifiche per poter essere utilizzata dalle organizzazioni sanitarie (Choi et al., 2004; Ygge e Arnetz 2001; Suhonen et al., 2004; Zineldin, 2006; Andaleeb, 2001; Ramsaran-Fowdar, 2005; Sohail, 2003; Ramsaran-Fowdar, 2008; Priporas et al., 2008). L'applicazione della SERVQUAL alla qualità del servizio sanitario mostra che gli elementi intangibili tendono ad essere più influenti di quelli tangibili (Kara et al. 2005).

Dalla letteratura prevalente emerge che il concetto di qualità del servizio sanitario è stato considerato sotto diversi aspetti: medico, clinico, tecnico, funzionale, interpersonale, ecc., tuttavia, la maggior parte degli studi considera la qualità sanitaria come la performance raggiunta dall'erogatore del servizi (ad esempio l'ospedale) e il paziente è considerato come un attore passivo che subisce il servizio e ha l'unico ruolo di valutare la sua qualità in termini di soddisfazione, senza essere in grado di partecipare alla sua creazione. Solo pochi lavori riconoscono il ruolo attivo del paziente definendo la qualità sanitaria come la buona comunicazione e il processo decisionale condiviso tra paziente e operatori sanitari (Schuster et al., 1998).

A parere di chi scrive, però, la qualità sanitaria è un concetto molto più complesso ed è il risultato di un processo di co-creazione che richiede la cooperazione tra tutti gli attori coinvolti, direttamente o indirettamente, nel processo di salute del paziente (Polese, 2013). Quindi, il fornitore di servizi sanitari non è l'unico responsabile della qualità del servizio ma questo dipende anche dal medico di base, dalle compagnie farmaceutiche, dai pazienti e dalle loro famiglie, e soprattutto dalle relazioni tra tutti questi attori. Nonostante la letteratura si stia muovendo negli ultimi anni verso una visione più soggettiva della qualità sanitaria, incentrandosi sul paziente, c'è ancora un gap di studi sul ruolo attivo del paziente nel miglioramento della qualità del servizio sanitario.

3.3.1 La soddisfazione del paziente come indicatore di qualità

Per sopravvivere in un mercato competitivo, è importante che le organizzazioni sanitarie considerino i pazienti come clienti, poiché il miglioramento della soddisfazione del cliente, ha implicazioni dirette sulla qualità - sia in termini di servizi resi che di reputazione nel soddisfare perfettamente le esigenze del consumatore. Considerare i pazienti come clienti del settore sanitario, significa riconoscere che i pazienti scelgono consapevolmente i servizi da acquistare e i fornitori che meglio soddisfano le loro esigenze (Wadhwa, 2002); questo rende il settore della sanità un mercato altamente concorrenziale (Barton, 2003) guidato dalle esigenze dei consumatori di avere un "sistema che rispetta i loro impegni, fornisce loro informazioni utili e li coinvolge nel processo decisionale" (Wadhwa, 2002).

La reputazione di un'organizzazione sanitaria per il suo impegno verso la qualità e un servizio centrato sul paziente, si pone come criterio fondamentale per gli individui nella scelta del fornitore di servizi sanitari (Stavins, 2006); "pertanto, la misurazione della soddisfazione del paziente e dei risultati che ne conseguono, dovrebbe essere un obiettivo strategico per tutte le organizzazioni sanitarie" (Stavins, 2006).

Infatti, nelle ultime decadi, la ricerca in ambito sanitario ha dimostrato che la soddisfazione dei pazienti è un importante asset strategico per il miglioramento della qualità ospedaliera (Reichheld, 2003). In particolare, la misurazione della soddisfazione è un elemento essenziale del processo di valutazione della qualità (Barton, 2003; Quinn, et al., 2004) e, il miglioramento della qualità è finalizzato a soddisfare al meglio le esigenze e le aspettative dei pazienti. Il processo di miglioramento della qualità segue la valutazione della qualità, e utilizza i risultati della valutazione per sviluppare politiche in grado di affrontare i problemi espressi dai clienti (Barton, 2003) per ottenere una loro maggiore soddisfazione.

Nel corso degli anni, ci sono state varie definizioni di soddisfazione del paziente. Oliver (1981) la definisce (PS) come il confronto tra la performance percepita e le aspettative. Se la disconferma è positiva (ossia la performance percepita è maggiore di quella attesa) si genera soddisfazione, in caso contrario - disconferma negativa - si genera insoddisfazione.

Susie Linder-Pelz (1982, p. 578), offre la seguente definizione: la soddisfazione del paziente è "... l'insieme delle valutazioni positive circa dimensioni distinte della sanità (l'oggetto della valutazione potrebbe essere una sola visita medica, il trattamento ricevuto durante un episodio di malattia, un particolare piano di assistenza o il sistema sanitario in generale)".

Donabedian (1980) sostiene che la valutazione di un cliente della qualità, espressa dalla sua soddisfazione o insoddisfazione, potrebbe essere notevolmente dettagliata: "potrebbe riguardare le proprietà dei servizi di cura, gli aspetti della gestione tecnica, le caratteristiche dei rapporti interpersonali e le conseguenze fisiologiche, fisiche, psicologiche o sociali di una cura. Una sintesi soggettiva e il bilanciamento di questi giudizi dettagliati rappresenterebbe la soddisfazione generale "(p. 25).

Secondo Palmer et al. (1991) la soddisfazione del paziente può essere definita come il giudizio espresso dal destinatario della cura, circa la soddisfazione o meno delle sue aspettative (Palmer et al. 1991).

Più comunemente, la soddisfazione del paziente viene definita come il grado di congruenza tra le aspettative circa la cura ideale e la percezione della cura reale che il paziente riceve.

Nonostante il suo ampio utilizzo, la soddisfazione del paziente è stata inizialmente considerata come un concetto difficile da misurare e interpretare (Fitzpatrick & Hopkins, 1983). Si tratta, infatti, di un concetto complesso e multidimensionale, relativo ad entrambi gli aspetti tecnici e interpersonali dell'assistenza e delle strutture sanitarie. Il giudizio del paziente è molto soggettivo e personale e si basa su percezioni dell'assistenza sensibili alle "esigenze personali", piuttosto che a qualsiasi codice di standard universali. Così l'organizzazione sanitaria deve misurare, analizzare e segnalare il grado in cui gli standard adottati incontrano le esigenze del paziente.

Secondo Oliver (1980) la qualità del servizio può essere misurata attraverso la differenza tra le aspettative del cliente e la sua esperienza reale dopo aver ricevuto i servizi; un'esperienza migliore rispetto alle aspettative porta i clienti verso la soddisfazione.

Davis e Hobbs (1989), distinguono le varie componenti della soddisfazione del cliente da considerare al fine di ottenere una misurazione accurata. Classificano queste componenti in tre differenti dimensioni:

- accesso alle cure (ad esempio, segnali di direzione per la struttura sanitaria, tempi di attesa, l'orario della clinica);
- ambiente fisico (ad esempio, la pulizia della zona di ricezione, il livello del rumore, e la condizione della zona dove si svolge il trattamento); e
- cure ricevute (vale a dire gli aspetti umani, clinici e il risultato).

Donabedian (1988), tra i più riconosciuti esperti nella misurazione della qualità, afferma: "la soddisfazione del paziente può essere considerata come uno dei risultati desiderati della cura e anche un elemento stesso dello stato di salute... è inutile discutere sulla validità della soddisfazione del paziente come misura della qualità. Qualunque siano i suoi punti di forza e i limiti come indicatore di qualità, le informazioni sulla soddisfazione del paziente sono indispensabili per le valutazioni utili alla progettazione e gestione dei sistemi di assistenza sanitaria" (p. 1743).

La soddisfazione del paziente come indicatore di performance, è uno strumento molto importante per monitorare e migliorare la qualità dei servizi sanitari. Valutare ciò che il paziente pensa circa la cura e il trattamento che ha ricevuto, è l'approccio più diffuso attualmente per migliorare la qualità delle cure. Per rilevare e misurare la soddisfazione del paziente è necessario ottenere dallo stesso un feedback relativo all'esperienza vissuta con i servizi sanitari e il personale. A tal fine, molte organizzazioni conducono indagini, per lo più attraverso la somministrazione di questionari, sui pazienti che hanno utilizzato i loro servizi di assistenza sanitaria recentemente.

Le informazioni ottenute dalle indagini possono essere utilizzate dagli ospedali per capire come i servizi possono essere migliorati per i loro pazienti. Dalle indagini sui pazienti possono essere ottenuti diversi tipi di informazioni. Durante il loro soggiorno e/o dopo la dimissione, ai pazienti può essere chiesto di riferire le loro percezioni su ciò che è accaduto durante il loro soggiorno, dare un voto sulla loro percezione della qualità delle cure e del servizio ricevuto, o indicare come sono si sono trovati. Dato che i pazienti valutano la loro intera esperienza durante la visita e/o soggiorno in ospedale, la soddisfazione dei pazienti può essere usata come: "... un indicatore della qualità delle cure e una componente della qualità assistenziale".

Le indagini dovrebbero consentire di rispondere a tre domande chiave: Quali sono gli elementi che i consumatori considerano per valutare una buona assistenza sanitaria? Cosa intendono i consumatori per "buon fornitore di cure mediche"? E, secondo i consumatori, quali misure sono utili per determinare un'assistenza sanitaria di buona qualità? (Safavi, 2006). Le risposte a queste domande possono aiutare le organizzazioni sanitarie a sviluppare o perfezionare i programmi di soddisfazione del paziente che meglio rispondono alle loro esigenze.

Weisman e Koch (1989) ritengono che gli strumenti progettati per raccogliere i feedback degli utenti spesso sono l'unico canale attraverso il quale i pazienti possono informare i fornitori delle loro preoccupazioni, esigenze e percezioni sulla qualità del trattamento: "il feedback del paziente è particolarmente importante per il processo di garanzia della qualità, perché aiuta gli operatori sanitari a identificare potenziali aree di miglioramento, come ad esempio procedure ospedaliere (politiche di rimborso, educazione del paziente e il follow-up, la qualità specifica dei problemi di assistenza, e, il processo di ammissione), pianificazione e valutazione del programma" (p. 167).

Nonostante la misurazione della soddisfazione del paziente sia uno degli strumenti primari di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, i dati raccolti non sono sufficienti a sviluppare processi di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia. A questo scopo, infatti, è necessario che gli elementi conoscitivi raccolti siano incorporati in un processo di apprendimento, attraverso cui l'azione organizzativa può effettivamente svilupparsi nel senso di un continuo miglioramento delle prestazioni.

È chiaro che le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi nella costruzione di indicatori di performance che misurano la qualità percepita dall'utente, al fine di migliorare la loro qualità e prestazioni, ma devono farlo in una prospettiva di miglioramento continuo sviluppando capacità di comprendere le esigenze e le aspettative attuali e future, espresse e latenti dei pazienti, al fine di soddisfarle o superarle.

Come sottolineano Weisman e Koch (1989), i pazienti soddisfatti sono più propensi a ricevere assistenza sanitaria e a rispettare i regimi di trattamento prescritti. In secondo luogo, identificando la fonte di insoddisfazione, gli amministratori dell'assistenza sanitaria sono in grado di identificare la debolezza del sistema, migliorando così i loro servizi (Dansky e Miles, 1997). In terzo luogo, i pazienti soddisfatti hanno maggiori probabilità di sviluppare una più profonda e duratura relazione con il loro fornitore di servizi sanitari con risultati quali una maggiore conformità al trattamento, continuità delle cure e, infine, migliori risultati di salute (Larsen e Rootman 1976 e Pascoe, 1983).

Inoltre, la ricerca ha dimostrato che la soddisfazione del paziente (o insoddisfazione) può essere utile come indicatore predittivo di altri comportamenti del cliente, come la scelta dei professionisti o dei programmi, esclusione o uso dei servizi, reclami e negligenze (Ware, 1987). È stato riscontrato che una bassa soddisfazione del paziente è associata con una minore fiducia negli operatori, maggiore possibilità di cambiare medico e minore continuità delle cure (Keating et al, 2002), mentre, un alto coinvolgimento del paziente nella terapia è stato associato con una maggiore fiducia e soddisfazione (Stelfox et al 2005).

3.4 Gli effetti del Patient Empowerment sulla qualità del servizio sanitario

Il patient empowerment potrebbe aiutare a risolvere alcuni dei più impegnativi problemi della sanità moderna come l'aumento dei costi derivante dall'invecchiamento della popolazione e la crescita delle malattie croniche, il bisogno di incoraggiare stili di vita più salutari e la sfida di coordinare le cure per le persone in condizioni multiple complesse. Per tutte queste questioni, una maggiore autogestione e responsabilità individuale dei pazienti potrebbero rappresentare condizioni necessarie per poter progettare servizi sanitari in grado di sostenere la qualità sotto grande pressione.

Di seguito si analizza, da un punto di vista concettuale, come il grado con cui i pazienti sono coinvolti nella loro cura può avere un impatto significativo sulla qualità del trattamento nonché sui costi della sanità.

Per poter comprendere meglio le implicazioni dell'empowerment sul miglioramento della qualità, si illustrano gli effetti delle sue quattro dimensioni principali (Health Literacy, Patient Control, Patient Participation, Communication with Healthcare Professionals), precedentemente descritte, sulla qualità del servizio sanitario in termini di soddisfazione del paziente, risultati di salute e performance delle organizzazioni sanitarie.

Effetti dell'health literacy sulla qualità

L'Health literacy (HL), o alfabetizzazione sanitaria, è generalmente associata a un uso non efficiente dei servizi medici e ad alti costi per il Sistema Sanitario. Le persone che presentano bassi livelli di HL hanno limitate capacità di leggere e capire le istruzioni contenute nelle prescrizioni o sui bugiardini dei farmaci, i risultati delle visite o degli esami, i documenti per il consenso informato, i moduli dell'assicurazione e altro materiale sanitario informativo; questo conduce a un maggiore bisogno di assistenza nella gestione delle patologie, un maggiore utilizzo dei servizi medici, e un uso meno efficiente dei servizi, oltre a moltiplicare il numero di visite dal medico e in ospedale con profonde conseguenze economiche. Di conseguenza, migliorando l'HL delle persone sarebbe possibile raggiungere risultati importanti, tra i quali, un uso più appropriato ed efficiente dei servizi sanitari, minore utilizzo di farmaci, minori disuguaglianze sanitarie tra la popolazione, minori errori di trattamento e un maggiore ricorso ai servizi preventivi.

Inoltre, i pazienti con una maggiore HL hanno minori aspettative irrealistiche sui risultati del trattamento e questo potrebbe avere un'influenza positiva sulla propria soddisfazione, in quanto va a ridurre il divario tra i risultati attesi e quelli reali.

Effetti della partecipazione del paziente sulla qualità

I pazienti che partecipano insieme ai medici al processo decisionale riguardante la propria salute sono maggiormente soddisfatti perché il trattamento o il percorso di screening scelto riflette meglio le proprie preferenze personali, bisogni e valori e il rapporto tra costi e benefici che il paziente e la sua famiglia ritengono più appropriato e sostenibile. Sia i pazienti che i medici traggono beneficio da questa cooperazione attraverso un maggiore livello di comprensione che consente di focalizzare le discussioni sul compromesso critico tra rischi/benefici piuttosto che solo su una semplice descrizione delle alternative di trattamento. Questo processo conduce a risultati di salute più favorevoli come una minore ansia del paziente, ricoveri più brevi, una domanda più bassa di servizi sanitari, maggiore conformità al regime di trattamento e aderenza alle evoluzioni del trattamento, riduzione delle variazioni ingiustificate nella cura e nei costi. Inoltre, diversi studi mostrano che i pazienti che partecipano al processo decisionale, quasi sempre scelgono opzioni chirurgiche meno invasive e trattamenti più conservatori abbassando così i tassi di chirurgia invasiva.

Effetti della capacità di controllo del paziente sulla qualità

I pazienti che sono in grado di avere il controllo sul loro trattamento dipendono meno dai medici e dai servizi sanitari nella gestione della loro malattia con benefici significativi sul loro benessere e qualità di vita. Basti pensare a ai notevoli miglioramenti raggiunti negli ultimi anni nella vita di pazienti con patologie come diabete, AIDS, asma, e ipertensione grazie alla loro educazione. Questa componente è molto importante anche per il sistema sanitario nel suo complesso, e non soltanto per l'individuo, perché consente di realizzare le politiche di deospedalizzazione finalizzate a ridurre i costi per gli ospedali. La deospedalizzazione può ridurre il numero di posti letto negli ospedali attraverso forme di ricovero alternative, quando tecnicamente possibile e nelle stesse condizioni (efficacia, sicurezza, ecc.). Per esempio, grazie allo sviluppo delle ICT è ora possibile curare alcune tipologie di pazienti presso il loro domicilio con consistenti vantaggi sul loro stato

psicologico e qualità della vita e risparmiando costi per il servizio sanitario. Naturalmente, tutto ciò è possibile solo se il paziente, che non sarebbe più sotto la supervisione costante di medici e infermieri, è in grado di controllare e gestire la sua malattia. È stato dimostrato che la capacità di controllo del paziente sul proprio trattamento riduce anche la morbilità e la mortalità.

Effetti di una buona comunicazione con i professionisti sulla qualità

Una buona comunicazione tra pazienti e professionisti sanitari è una componente molto importante della qualità sanitaria perché può facilitare l'identificazione della diagnosi corretta in tempi più brevi quando il paziente descrive i propri sintomi in maniera dettagliata, ridurre il rischio di errori medici quando il paziente fornisce ai medici le informazioni aggiornate sulla sua storia clinica, le medicine assunte e le allergie ai farmaci, previene fallimenti del trattamento quando il paziente notifica ai medici effetti collaterali inaspettati o difficoltà nel completare gli esami o i trattamenti raccomandati, riduce l'ansia del paziente e accresce la sua confidenza e fiducia nei medici. Quando i medici non comunicano in maniera efficace con i pazienti, l'incolumità di quest'ultimi è a rischio per diverse ragioni: mancanza di informazioni critiche, interpretazione errata delle informazioni, ordini non chiari e cambiamenti nello stato di salute sottovalutati. Inoltre, la soddisfazione del paziente è correlata positivamente alla comunicazione con i professionisti perché cresce quando i membri dello staff medico prendono il problema seriamente, spiegano le informazioni con chiarezza, cercano di comprendere l'esperienza del paziente e forniscono opzioni sostenibili.

Possiamo concludere che, per poter ottenere maggiore qualità, i sistemi sanitari moderni dovrebbero stimolare la partecipazione dei cittadini nei processi di prevenzione, trattamento e riabilitazione, accrescendo la loro responsabilità diretta sui risultati, rendendoli consapevoli non solo del processo di cura e delle ragioni per cui vengono prese le decisioni, ma anche dell'importanza di condividere informazioni con altri pazienti, raccogliere e gestire appropriatamente le informazioni rilevanti per la tracciabilità delle diagnosi e delle terapie, l'automedicazione, i controlli medici e altri comportamenti e attività proattive funzionali alla prevenzione (Polese et al. 2016).

3.5 I legami tra la co-creazione di valore e la soddisfazione del paziente

Al giorno d'oggi, il paziente è più informato e istruito, più selettivo ed esigente e ha una maggiore capacità di scelta. Il nuovo paziente richiede una maggiore capacità di creazione del valore da parte delle organizzazioni sanitarie. Pertanto, la co-creazione di valore con il paziente è diventata più che mai necessaria per la sopravvivenza dell'organizzazione. Recenti studi dimostrano che il valore generato può favorire, tra le altre cose, la soddisfazione del cliente (Guenzi e Troilo, 2007; Cedric Hsi-Jui, 2011; Dabholkar e Sheng, 2012).

Il processo di co-creazione offre diversi benefici sociali per i pazienti. I pazienti possono, per esempio, migliorare il loro status sociale essendo riconosciuti come una fonte di preziose informazioni da altre parti interessate. Inoltre, la partecipazione attiva ad una comunità con persone che condividono gli stessi problemi e interessi migliora le capacità di comunicazione e crea contatti sociali (Etgar, 2008).

Questo processo è accompagnato da sentimenti di orgoglio dovuti alla partecipazione diretta nella realizzazione di un valore co-creato (Franke & Schreier, 2010; Moreau & Mandria, 2010). Franke et al. (2010, p. 125) definiscono questo concetto come "I designed it myself effect", riferendosi all'incremento di valore che un soggetto attribuisce a un oggetto auto-progettato, derivante esclusivamente dal fatto che lui/lei si sente come il creatore di tale oggetto. Franke et al. (2010) sostengono, inoltre, che questo effetto si basa sul fatto che le attribuzioni soggettive, spesso contano più dei fatti oggettivi. Tuttavia, essi sostengono che "non sappiamo fino a che punto la sensazione di aver dato un contributo è desiderabile" (Franke et al., 2010, p.137) e che gli esiti della co-creazione dipendono dalla valutazione dei clienti del proprio personale contributo.

La letteratura propone che, quando l'auto-efficienza dei clienti aumenta, la quantità di impegno impiegata nella creazione del servizio non è vista come un costo più, ma piuttosto contribuisce alla crescita di valore per il cliente (van Beuningen, Ruyter, e Wetzels, 2011). Applicando tale ragionamento al concetto della co-creazione, si può sostenere che il valore per il cliente deriva dal processo di co-creazione e, di conseguenza, il suo comportamento futuro è determinato dalla sua valutazione della parte di successo che può essere attribuita a sé stesso. Ciò è coerente con il concetto di soddisfazione della

decisione (Heitmann, Lehmann, e Herrmann, 2007), che postula che i clienti sperimentano la soddisfazione o l'insoddisfazione non solo con il servizio acquistato, ma anche con il processo di decisione dell'acquisto in sé. La soddisfazione della decisione è associata con il processo di sviluppo dei servizi e va quindi al di là della soddisfazione per il risultato.

Quando il servizio è co-creato e si adatta alle esigenze dei clienti, lo sforzo profuso nel processo di co-creazione è percepito come positivo e si integra al valore personale legato al servizio; questo perché gli sforzi compiuti nel processo di co-creazione sono percepiti come un'esperienza gratificante che va oltre la valutazione in sé del valore del servizio (Franke e Schreier, 2010). Si può dedurre, dunque, che i clienti valutano il processo di co-creazione in base al grado in cui sono soddisfatti delle proprie prestazioni durante la co-creazione, intesa come la soddisfazione per la partecipazione nella realizzazione dell'offerta dei servizi (ad esempio, attraverso le raccomandazioni).

In generale, la valutazione dei clienti del proprio contributo influenza la loro valutazione della soddisfazione generale nei confronti dell'erogatore dei servizi (Bendapudi e Leone, 2003). Se i clienti ritengono che il contributo dei partner della creazione di valore non è equamente distribuito, la soddisfazione del cliente nei confronti dell'organizzazione diminuisce.

Sebbene lo studio delle conseguenze della co-creazione è alle fasi iniziali, è possibile sostenere che, la partecipazione del cliente aumenta la sua motivazione e l'impegno. Queste circostanze consentono di percepire una maggiore qualità del servizio ed è un aspetto direttamente correlato alla soddisfazione (Dong et al., 2008).

Anche se la soddisfazione è stata sostanzialmente intesa come un giudizio individuale di performance rispetto a un'aspettativa (Hunt et al., 2012), un numero crescente di lavori suggerisce che i giudizi di soddisfazione sono sociali (Fournier e Mick, 1999), proponendo un cambiamento di approccio dalle risorse tangibili alle risorse immateriali, come la co-creazione di valore e le relazioni (Vargo e Lusch, 2004). Infatti, il coinvolgimento del cliente nei processi di co-creazione del valore ha probabilmente conseguenze dal punto di vista della valutazione della soddisfazione per il servizio. Così, se consideriamo i clienti come partecipanti attivi nel processo di co-creazione del valore (Vargo e Lusch, 2008), la loro maggiore soddisfazione deve essere considerata come una

conseguenza (Grönroos, 2008). Attraverso il coinvolgimento del cliente è possibile ottenere un servizio finale che è completamente adattato alle esigenze dei clienti.

Da queste considerazioni, si potrebbe dedurre che co-creazione del valore e soddisfazione del paziente sono dimensioni legate da una correlazione positiva.

3.6 Le connessioni tra la co-creazione di valore e il Patient Empowerment

L'analisi delle relazioni in ambito sanitario attraverso l'adozione di una logica incentrata sul servizio (S-D logic), descritta nel capitolo precedente, induce a riflettere sul complesso ruolo del paziente e sull'importanza della sua partecipazione in qualità di risorsa "operante" al processo di creazione del valore.

Nel descrivere la partecipazione del cliente, nell'ambito della S-D logic sono stati spesso usati termini come involvement, engagement e self-engagement, a volte anche come sinonimi ma, in realtà, ciascuno esprime un diverso livello di impegno e di intensità di interazione da parte del cliente come integratore di risorse nel contesto della co-creazione di valore, ma anche un ruolo diverso nella gestione dell'interazione (Vargo, 2008; Lusch e Vargo, 2006).

Il concetto di involvement è generalmente utilizzato nella scienza del servizio per sottolineare il ruolo pro-attivo del fornitore nel facilitare e promuovere la partecipazione attiva del cliente (Prahalad e Ramaswamy, 2000; Lusch et al., 2007; Kumar et al., 2010; Kohler et al., 2011; Sweeney, 2015); quindi, l'iniziativa è presa dal fornitore del servizio e il cliente ha un ruolo che comporta un minore sforzo/intensità.

Il termine engagement, invece, è spesso usato dagli studiosi della S-D logic per indicare la partecipazione attiva, uguale e reciproca del cliente e del fornitore nella co-creazione di valore (Shaw et al., 2011; Hardyman et al., 2015; Kumar et al., 2010; Sweeney et al., 2015); l'iniziativa a partecipare si presume sia da parte del cliente che del fornitore del servizio con un pari sforzo/intensità.

Generalmente, si parla di self-engagement quando "gli individui provano un senso di responsabilità e di impegno per determinate prestazioni che ritengono importanti" (Britt et al., 2005). L'iniziativa a partecipare è presa direttamente dal cliente e, rispetto alle altre

forme di partecipazione, c'è una maggiore intensità di partecipazione e di impegno del cliente rispetto al fornitore. Ad esempio, si consideri il caso di cittadini che frequentano i corsi di formazione sulle tecniche di rianimazione e l'uso di defibrillatori.

Rileggendo le definizioni e le dimensioni dell'empowerment descritte nei paragrafi precedenti, è possibile ritrovare in molte di esse questi tre concetti che nella scienza del servizio vengono assimilati alla partecipazione del cliente, ma nessuno è in grado di rappresentare il significato dell'empowerment nella sua interezza. Tra i modelli di partecipazione esaminati, quello che più assomiglia al concetto di empowerment è il self-engagement, tuttavia, il concetto di empowerment assume un significato che è molto più ampio, sia per quanto riguarda la sfera dei diritti individuali e sociali dei pazienti, sia per quanto riguarda la loro emancipazione e l'autodeterminazione nel processo di cura, che può addirittura arrivare all'auto-cura escludendo il ruolo del fornitore (Ouschan et al., 2006).

Possiamo quindi affermare che la partecipazione del paziente al processo di co-creazione del valore, indipendentemente da che avvenga attraverso l'involvement, l'engagement o il self-engagement, è una condizione necessaria, ma non sufficiente, affinché si possa verificare l'empowerment del paziente e, viceversa, l'empowerment è una condizione determinante la co-creazione di valore. Infatti, riprendendo la definizione della co-creazione di valore nella S-D logic come “integrazione di risorse e applicazione di competenze nelle interazioni tra fornitori e clienti” (Vargo et al., 2008), appare chiaro che il paziente, per poter co-creare valore con gli operatori sanitari, deve possedere delle risorse da integrare con gli stessi e delle competenze da poter applicare nell'interazione. Maggiori saranno le risorse e le competenze possedute, maggiore sarà il contributo del paziente alla creazione di valore. L'empowerment, a sua volta, è determinato proprio dal potenziamento di alcune risorse e competenze del paziente e dalla capacità con cui riesce ad utilizzarle per una migliore comunicazione con gli operatori sanitari e partecipazione al processo decisionale. Si potrebbe quindi definire l'empowerment come un abilitatore della co-creazione di valore. Infatti, riesaminando le quattro dimensioni principali dell'empowerment, in questa nuova ottica, possiamo vedere che ciascuna comprende competenze del paziente che sono necessarie affinché lo stesso sia in grado di partecipare con gli operatori sanitari alla creazione del valore salute:

- *Health Literacy (HL)*: la capacità di una persona di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e dei servizi necessari per prendere le decisioni opportune per la salute.
- *Patient Participation (PP)*: la capacità dell'individuo di partecipare insieme agli operatori sanitari alle decisioni relative al proprio percorso sanitario, di conoscere e valutare le diverse alternative disponibili e comunicare ai medici le proprie preferenze.
- *Patient Control (PC)*: la capacità del paziente di monitorare il proprio stato di salute o il progresso della propria malattia ed essere attivo nel suo mantenimento o miglioramento.
- *Communication with Health Professionals (CHP)*: la capacità del paziente di comunicare in modo efficace con i propri medici, fornire tutte le informazioni necessarie, chiedere maggiori informazioni ed esprimere i propri sentimenti e opinioni.

Possiamo concludere che i pazienti che presentano un maggior livello di empowerment dovrebbero essere più partecipativi al processo di co-creazione e contribuire maggiormente alla creazione di valore. Le due dimensioni, empowerment e co-creazione, dovrebbero essere quindi correlate positivamente tra di loro.

**CAPITOLO 4 - COSTRUZIONE DI UN MODELLO DI
INDAGINE DELLE RELAZIONI TRA EMPOWERMENT,
CO-CREAZIONE E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE**

Le considerazioni elaborate nel capitolo precedente inducono a ritenere che sia logico supporre l'esistenza di una relazione influente e reciproca tra le dimensioni analizzate in questa tesi. Infatti, quello che emerge dallo studio condotto, almeno sul piano teorico, è che la co-creazione di valore dipende dalle competenze e dalle risorse che il paziente possiede e può condividere con gli altri attori del sistema sanitario durante le interazioni. Tali risorse e competenze, dipendono dal suo grado di empowerment che, a sua volta, è alimentato dalla stessa partecipazione del paziente ai processi di creazione della salute. Inoltre, è emerso che sia la partecipazione del paziente alla co-creazione di valore, sia l'empowerment nelle sue componenti principali espresse dall'alfabetizzazione sanitaria, capacità di controllo, di partecipazione e di comunicazione, possono avere diversi effetti sulla qualità percepita del servizio. Viceversa, una maggiore soddisfazione del paziente può motivare lo stesso ad una maggiore partecipazione e al potenziamento delle sue capacità.

Se queste considerazioni teoriche fossero confermate anche sul piano empirico, renderebbero inadeguati gli strumenti che le aziende sanitarie attualmente utilizzano per misurare la qualità del servizio, basati principalmente su questionari volti a rilevare la soddisfazione del paziente rispetto ad aspetti tangibili o intangibili del servizio erogato, ignorando variabili che incidono su come il paziente percepisce la qualità e su come quest'ultima dipenda anche dal paziente stesso.

A tal fine, in questo capitolo, si costruisce un modello di indagine volto a indagare le relazioni causa-effetto esistenti tra le tre variabili considerate: empowerment, co-creazione e soddisfazione. Integrare e correlare queste variabili nella verifica della qualità consentirebbe di avere una visione più ampia del fenomeno e di indagare, non solo la capacità dell'organizzazione sanitaria di garantire servizi di qualità ma anche il ruolo del paziente nel raggiungimento della stessa.

Nei prossimi paragrafi viene costruita una scala di misura per ciascuna dimensione considerata composta dalle relative sottoscale, attraverso l'analisi dei modelli già esistenti nella letteratura e dei quali siano state validate le proprietà psicometriche. Dai modelli raccolti vengono selezionati e adattati gli item considerati pertinenti e rilevanti per l'obiettivo della ricerca.

4.1 Introduzione sul modello e gli obiettivi di ricerca

Alla luce delle analisi concettuali elaborate sulle relazioni tra l'empowerment del paziente, la co-creazione di valore e la soddisfazione del paziente, è possibile ipotizzare l'esistenza di una correlazione tra queste variabili.

Diventa dunque necessario, elaborare un modello in grado di dimostrare empiricamente queste correlazioni, e verificare le seguenti ipotesi di ricerca:

H. 1: Le risorse e le competenze che il paziente applica e scambia nei processi di co-creazione di valore dipendono dal suo livello di empowerment.

H. 2: L'empowerment del paziente, nelle sue componenti principali, ha effetti positivi sulla soddisfazione del paziente nei servizi sanitari.

H. 3: La partecipazione del paziente al processo di co-creazione del valore "salute" influenza positivamente il suo grado di soddisfazione nei servizi sanitari.

H. 4: Una maggiore soddisfazione del paziente nei servizi sanitari lo stimola ad incrementare il suo livello di empowerment.

H. 5: Una maggiore soddisfazione del paziente nei servizi sanitari incentiva la sua partecipazione al processo di creazione del valore "salute".

Il modello è quindi composto da tre sezioni: una volta ad indagare l'empowerment del paziente, una volta ad indagare la co-creazione di valore e una la soddisfazione del paziente.

La scala per la misura del Patient Empowerment (PE) è stata costruita partendo dagli strumenti di misura dell'empowerment presenti in letteratura rivolti a pazienti generici o cronici, e selezionando tutti gli item che riflettevano direttamente una delle quattro componenti principali dell'empowerment scelte per questo studio:

PE1=Health Literacy (HL) + e-Health Literacy (e-HL)

PE2=Patient Participation (PP)

PE3=Patient Control (PC)

PE4=Communication with Healthcare Professionals (CHP)

La scala per la misura della co-creazione di valore (VC-C) è stata costruita traducendo e adattando la Customer value co-creation behavior scale di Yi e Gong (2013), in quanto è l'unico strumento esistente in letteratura per la misura della co-creazione di valore di cui siano state valutate le proprietà psicometriche. Questa scala si compone di due sottoscale principali e otto componenti.

VC-C1 = Customer Participation Behavior (CPB) = ricerca di informazioni + condivisione delle informazioni + comportamento responsabile + interazione personale

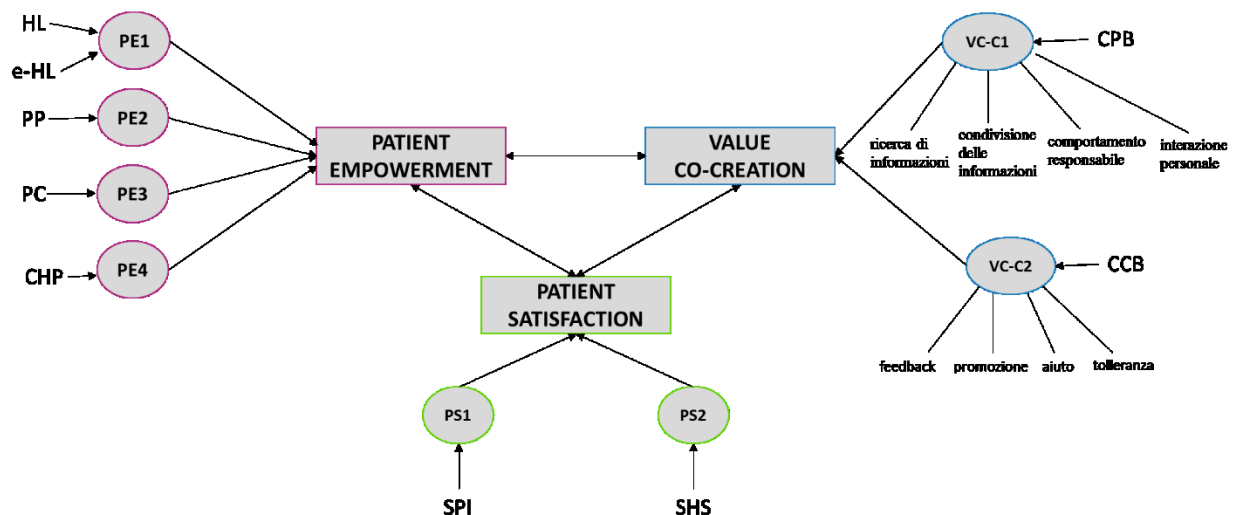
VC-C2 = Customer Citizenship Behavior (CCB) = feedback + promozione + aiuto + tolleranza

La scala per misurare la soddisfazione del paziente (PS), è stata costruita attraverso la combinazione delle scale maggiormente utilizzate in letteratura e raccomandate dalla WHO (World Health Organization, 2000). Dai modelli esaminati, sono stati selezionati tutti gli item che riflettessero direttamente due componenti principali:

PS1 = Satisfaction with Professionals Interaction (SPI)

PS2 = Satisfaction with Healthcare Service (SHS)

FIGURA 14: MODELLO DI INDAGINE DELLE CORRELAZIONI TRA PATIENT EMPOWERMENT, CO-CREAZIONE DI VALORE E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE



FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

4.2 La scala di misura per il Patient Empowerment

Anche se esiste un ampio consenso sull'importanza del Patient Empowerment (PE) e diversi studi hanno dimostrato che consente di migliorare il benessere mentale, la comunicazione medico-paziente, i risultati di salute e l'auto-efficacia del paziente (Kennedy et al., 2007; Lorig et al., 2009), la capacità delle misure esistenti dell'empowerment è stata messa in dubbio (Rogers et al., 2008).

Il problema principale è che, in ambito scientifico, non vi è consenso circa il modo migliore per dimostrare che i pazienti sono “potenziati”. Ciò potrebbe derivare dal fatto che, non esistendo una definizione accettata all'unanimità di empowerment e delle dimensioni che lo costituiscono, non è possibile una sua operazionalizzazione⁴ (McAllister et al., 2012), e questo determina la nascita di vari strumenti di misura diversi tra loro (Barr et al., 2015; Wang et al., 2016).

Anche se non c'è una misura universalmente accettata di PE che può essere utilizzata per valutare e confrontare le diverse iniziative intraprese nei sistemi sanitari, alcune scale di misura abbastanza generiche del PE sono state pubblicate di recente (Faulkner, 2001; Small et al., 2013). Altri studi, invece, propongono strumenti di misura dell'empowerment in condizioni specifiche come la Empowerment Scale (salute mentale) (Rogers et al., 1997), la Diabetes Empowerment Scale (Anderson et al., 2000), la Patient Empowerment Scale (cancro) (Bulsara et al., 2006) e la Genetic Counselling Outcome Scale (genetica clinica) (McAllister et al. 2011).

Nel 2009 è stata pubblicata una revisione sistematica degli strumenti di misura del PE che ha identificato 50 modelli di indagine valutandoli in termini di affidabilità e di validità (Herbert et al., 2009). Questa revisione, però, non ha valutato la qualità metodologica degli studi inclusi, fornendo solo una limitata valutazione delle proprietà psicometriche dei modelli (Aaronson et al., 2002; Valderas et al., 2008), e ha incluso anche modelli che non riguardavano direttamente i pazienti, ovvero questionari diretti alla compilazione da parte di soggetti diversi come genitori o familiari.

Per la costruzione del modello di misurazione del PE, in questo studio si è deciso di partire da due review più recenti che, oltre ad individuare le scale per l'empowerment esistenti

⁴ L'operazionalizzazione consiste nel trasformare dei concetti teorici in variabili, cioè in entità rilevabili e misurabili.

fino ad oggi, ne valutano anche la qualità metodologica: Barr et al., 2015 e Cerezo et al., 2016.

4.2.1 Revisione sistematica delle misure dell'Empowerment di Barr et al. (2015)

Gli autori conducono una revisione sistematica delle misure dell'empowerment riferite al paziente che potrebbero essere utilizzate come PROM⁵. Questa revisione è la prima ad applicare gli attuali standard metodologici per la conduzione di revisioni sistematiche degli strumenti di misura (Mokkink et al., 2010; Terwee et al., 2012; Mokkink et al., 2009) e le linee guida per valutare le proprietà psicometriche delle misure individuate (Terwee et al., 2007). Gli obiettivi principali della revisione sono i seguenti:

- identificare le misure di PE che sono state sviluppate e testate dal punto di vista psicometrico;
- valutare la qualità delle misure di PE esistenti;
- descrivere i domini concettuali catturati dalle misure esistenti di PE.

Questa revisione individua gli studi peer-reviewed che riportano le proprietà psicometriche di un paziente rappresentate da una misura o PROM che esamina l'empowerment del paziente.

Per essere inclusi nella revisione, gli studi dovevano presentare una misura testata su un campione di pazienti adulti in un contesto sanitario e lo scopo dello studio doveva essere quello di valutare le proprietà psicometriche della misura stessa. Sono stati raccolti tutti gli articoli in inglese, francese, tedesco, portoghese e spagnolo. Gli studi in cui mancava una valutazione psicometrica, non erano testati su un campione di pazienti adulti o erano progettati per il completamento da parte di bambini o altri parenti o accompagnatori, sono stati esclusi.

⁵ Patient-Reported Outcome Measure (PROM) è una misura di un risultato di salute riportato direttamente dal paziente ed è in contrasto con i risultati riportati da altre persone come il medico, l'infermiere ecc. I metodi PROM, come i questionari, sono utilizzati negli studi clinici per comprendere meglio l'efficacia di un trattamento.

La ricerca è stata condotta sui database MEDLINE, EMBASE, Cochrane, Web of Science e ASSIA con le keywords “patient, empowerment, measures e psychometrics”. Una seconda ricerca è stata condotta nelle bibliografie degli articoli individuati.

La prima ricerca ha restituito 4083 records ai quali sono stati aggiunti altri 311 derivanti dalla seconda ricerca. Dopo l’eliminazione dei duplicati e la lettura dell’abstract e del testo ne sono rimasti 174 dei quali 72 sono stati esclusi perché la misura non riguardava la dimensione specifica del PE ma altri costrutti come l’attivazione del paziente e il controllo percepito. Altri 35 articoli sono stati esclusi perché non erano testati su un campione di pazienti adulti. Nell’analisi finale sono stati inclusi 30 lavori che ripartano 24 diverse misure che sono state esaminate in questo studio. 15 articoli propongono un nuovo modello di misura e la sua validazione mentre i restanti 15 riguardano sviluppi successivi (inclusa la traduzione) di misure già esistenti.

Tutti gli articoli individuati utilizzano la scala Likert per misurare l’empowerment, la maggior parte a 5 punti (12) segue quella a 4 punti (8). La maggior parte dei modelli è suddiviso in un numero di item tra 20 e 30, ma ci sono anche studi con più di 40 item. 7 articoli misurano l’empowerment dei pazienti in generale, i restanti per pazienti in condizioni specifiche (6 salute mentale; 4 diabetici; 2 cancro; 1 genetica clinica; 2 cure post-natali; 1 psoriasi (l’unico italiano); 1 pazienti reumatici). I costrutti catturati dagli articoli inclusi mostrano una varietà nelle concettualizzazioni di PE, rappresentata da un ampio raggio di diverse sottoscale. Infatti, gran parte dei modelli è suddiviso in sottoscale, principalmente in 4. I costrutti possono essere raggruppati in 4 domini principali:

- Dominio 1: stati, esperienze e capacità del paziente (21 costrutti)
- Dominio 2: azioni e comportamenti del paziente (11) costrutti
- Dominio 3: autodeterminazione del paziente all'interno del rapporto sanitario (quattro costrutti)
- Dominio 4: sviluppo delle competenze del paziente (due costrutti).

I costrutti individuati nel dominio 1 e nel dominio 2 potrebbero essere concepiti come risultati derivanti dall’uso di una assistenza sanitaria centrata sul paziente. I costrutti individuati nel dominio 3 e nel dominio 4 potrebbero essere concepiti come il processo

attraverso il quale il paziente e il fornitore di servizi collaborano per il raggiungimento di tali risultati (Elwyn et al., 2014).

La valutazione della qualità delle proprietà psicometriche delle misure incluse è stata condotta usando i criteri di Terwee et al. (2007). L'analisi mostra che la validità del contenuto è stata valutata solo in 21 studi con punteggi principalmente positivi o intermedi.

La consistenza interna è stata testata in tutti gli studi ma solo tre (Yamada e Suzuki, 2007; Svedberg et al., 2007; Corrigan et al., 1999), hanno riportato valutazioni intermedi o positivi. 24 studi comprendono la validità del costrutto e solo pochi riportano ratings negativi (Ortiz e Schacht, 2012; Lopez et al., 2010; Leksell et al., 2007; Arvidsson et al., 2012). Solo sei studi hanno valutato l'affidabilità con conseguenti punteggi intermedi (Svedberg et al., 2008; Lopez et al., 2010) o positivi (McAllister et al., 2011; Corrigan et al., 1999; Shiuet al., 2003; Chen et al., 2011). La reattività, che è stata esaminata solo in uno studio, ha ricevuto un punteggio intermedio (McAllister et al., 2011).

La migliore misura performante identificata in questo studio è stata la Chinese Diabetes Empowerment Process Scale, che ha ricevuto punteggi positivi per le quattro proprietà psicometriche valutate. La validità del contenuto, la consistenza interna e la validità del costrutto sono le proprietà psicometriche maggiormente analizzate e i risultati mostrano punteggi intermedi e positivi. La proprietà psicometrica della riproducibilità non è mai stata valutata.

4.2.2 Revisione delle definizioni e delle misure di Patient Empowerment di Cerezo et al., 2016

Questa revisione analizza le definizioni e le dimensioni proposte in letteratura del concetto di empowerment e identifica i punti di forza e di debolezza degli strumenti di misura dell'empowerment rispetto al modello concettuale. La ricerca è stata effettuata sulle banche dati MEDLINE e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) con le keywords "patient empowerment". La ricerca ha restituito 137 articoli e dopo l'eliminazione dei duplicati ne sono rimasti 126. Di questi articoli sono stati selezionati solo quelli che comprendevano nel titolo i seguenti termini: empowerment,

self-efficacy, self-management, self-care, patient participation, patient engagement, patient involvement, expert patient, shared decision-making o health literacy. Un'ulteriore selezione è stata fatta leggendo il testo completo e sono stati inclusi gli articoli nei quali veniva definito il concetto, si evidenziavano le relazioni con altri concetti o venivano ben delimitate le dimensioni del concetto principale e si proponeva qualche strumento di misurazione. Il campione finale contiene 29 articoli dai quali sono stati estratti 10 strumenti di misura dell'empowerment.

Per identificare i punti di forza e di debolezza di questi strumenti, è stato utilizzato lo strumento EMPRO (Valderas et al., 2008), basato sulle raccomandazioni del Medical Outcomes Trust. Questo strumento si fonda su 8 attributi di misurazione: modello concettuale; affidabilità; validità; sensibilità alle variazioni; interpretabilità; peso; modalità di somministrazione; adattamento inter-culturale.

Dalla revisione realizzata, sono stati individuati 10 strumenti di misura. Quattro strumenti sono stati sviluppati in EEUU (Anderson et al., 2000; Hibbard et al., 2004; Rogers et al., 1997; Seçkin, 2011), quattro in Gran Bretagna (Small et al., 2013; Faulkner, 2001; Howie et al., 1998; McAllister et al., 2011), uno in Australia (Bulsara et al., 2006) e uno in Iran (Aghili et al., 2013).

Tranne uno strumento (Hibbard et al., 2004), tutti gli altri sono specifici, o per il contesto nel quale si sviluppano o per il tipo di malattia dei pazienti ai quali si rivolgono. Gli strumenti specifici rispetto al contesto si collocano nelle cure primarie (Small et al., 2013; Howie et al., 1998) e nell'assistenza ospedaliera (Faulkner, 2001). Riguardo al tipo di malattia, invece, c'è uno strumento per la salute mentale (Rogers et al., 1997), due per il diabete (Aghili et al., 2013; Anderson et al., 2000), due per il cancro (Bulsara et al., 2006; Seçkin, 2011) e uno per la genetica clinica (McAllister et al., 2011). Uno degli strumenti analizzati (Seçkin, 2011) si colloca nei due livelli di specificità poiché è diretto ai pazienti con cancro negli spazi virtuali.

Per quanto riguarda la valutazione del modello concettuale, 7 strumenti presentano la definizione del concetto che valutano, 5 definiscono il concetto di empowerment (Small et al., 2013; Bulsara et al., 2006; Aghili et al., 2013; Anderson et al., 2000; McAllister et al., 2011), 1 quello dell'abilitazione (Howie et al., 1998) e 1 quello dell'attivazione (Hibbard et al., 2004), questi ultimi due concetti potrebbero essere considerati come

sinonimi dell'empowerment se consideriamo le definizioni e le dimensioni proposte dagli autori.

Due strumenti (Small et al., 2013; Aghili et al., 2013) presentano le dimensioni relazionate con il concetto e i suoi indicatori corrispondenti. Altri strumenti presentano quelle che potrebbero considerarsi dimensioni ma che gli autori catalogano come (Rogers et al., 1997), principi (Anderson et al., 2000), temi (Bulsara et al., 2006; Hibbard et al., 2004) o concetti (McAllister et al., 2011).

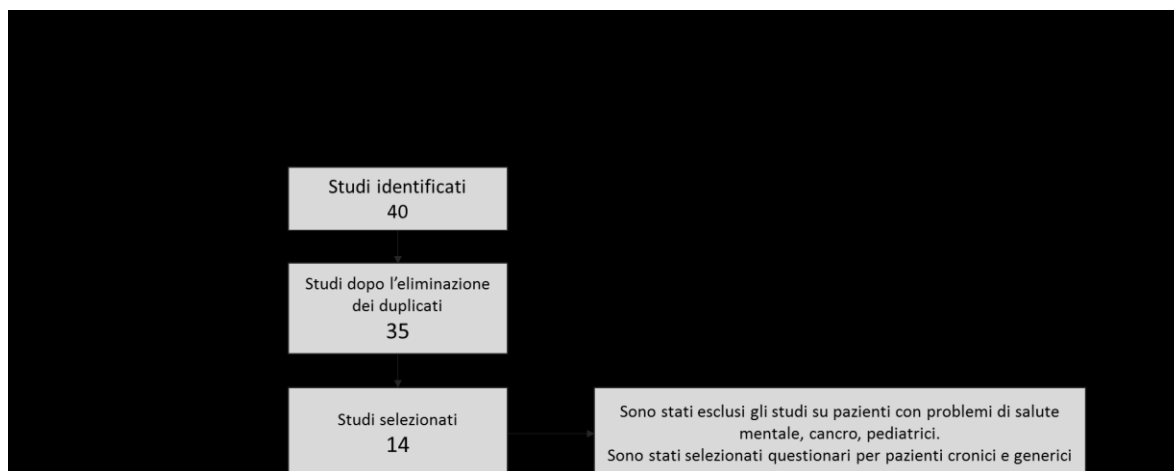
Gli strumenti che gli autori considerano più robusti dopo la valutazione sono sei: DES-28, PAM, PES2, GCOS-24, Patient empowerment in long-term conditions e Diabetes empowerment questionnaire.

Va sottolineata l'importanza di progettare strumenti che permettano di misurare l'empowerment dei pazienti e che contemporaneamente includano le dimensioni nei tre livelli sui quali si sviluppa il concetto, a livello base, durante il processo e a livello di risultati. Tuttavia, l'analisi mostra, ancora una volta, quanto sia complesso per i ricercatori disporre di strumenti generici, in diverse lingue, che permettano la comparazione di strategie a livello internazionale.

4.2.3 Selezione degli studi per la costruzione della scala

Partendo dalle revisioni degli strumenti di misura del PE su descritti, si è proceduto alla selezione degli studi rilevanti per questa ricerca dai quali poter individuare gli item per la costruzione della scala di misura proposta nella tesi.

FIGURA 15: SELEZIONE DEGLI STUDI PER L'ELABORAZIONE DELLA SCALA



FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

Il campione iniziale, che comprendeva gli studi derivanti da entrambe le reviews era composto da 40 articoli, ma dopo l'eliminazione dei duplicati sono diventati 35.

L'obiettivo di questo lavoro è la costruzione di un modello generico, utilizzabile per valutazioni su pazienti in qualsiasi tipo di condizione e in qualsiasi contesto sanitario, per questo motivo sono stati eliminati tutti gli articoli che proponevano strumenti di misura dell'empowerment per condizioni specifiche. In particolare, sono stati scartati gli studi riguardanti pazienti con problemi di salute mentale o pazienti pediatrici, in quanto si tratta di categorie molto particolari e difficili da indagare senza specifiche competenze mediche e psicologiche nel settore. Sono stati scartati anche modelli diretti ai mali di cancro, essendo questa una patologia complessa che potrebbe determinare situazioni diverse tra loro e, in alcuni casi, le cure potrebbero essere particolarmente debilitanti e la condizione psicologica dei pazienti affetti da questa malattia potrebbe risultare molto complicata da indagare. Altre situazioni specifiche come la genetica clinica, le cure postnatali e la psoriasi, sono state eliminate. Sono stati quindi selezionati tutti gli studi rivolti a pazienti generici e ai pazienti cronici inclusi gli studi rivolti specificamente ai diabetici. In tutto sono stati raccolti 14 strumenti di misura.

TABELLA 7: STRUMENTI DI MISURA DEL PE SELEZIONATI PER LA SCELTA DEGLI ITEM

Strumento	Contesto	Item	Dimensioni	Scala
Patient Empowerment Scale #1—Original (Faulkner, 2001)	All patients (generic)	40	No subscales reported; designed to capture feelings of control in hospital environments catering for older people by asking about empowering and disempowering behaviours of hospital staff	3-Point Likert Scale
Kim Alliance Scale—Original (Kim et al, 2001)	All patients (generic)	30	Four subscales: Collaboration, Communication, Integration, Empowerment	4-Point Likert Scale
Kim Alliance Scale—Revised (Kim et al, 2008)	All patients (generic)	16	Four subscales: Collaboration, Communication, Integration, Empowerment	4-Point Likert Scale
Treatment Related Empowerment Scale (TES)—Original (Webb et al, 2001)	All patients (generic)	10	Four subscales: Choice, Decision making, Communication, Satisfaction	5-Point Scale
Health Education Impact Questionnaire (HEIQ)—Original (Osborne et al, 2007)	All patients (generic)	42	Eight subscales: Positive active engagement in life, Health directed behavior, Skill & technique acquisition, Constructive attitudes & approaches, Self-monitoring & insight, Health services navigation, Social integration & support, Emotional wellbeing	Not specified
Scale developed by Bann et al.—Original (Bann et al, 2010)	All patients (generic)	5	No subscales reported (Aim was to create three scales: Perceived provider support, Patientcentered care (PCC) and Empowerment)	3-Point Scale
Health Care Empowerment Inventory (HCEI)—Original (Johnson et al, 2012)	All patients (generic)	8	Two subscales: HCE ICCE: informed, committed, collaborative & engaged, HCE TU: tolerance for uncertainty	5-Point Likert Scale
Diabetes Empowerment Scale—Original (Anderson et al, 2000)	Diabetes patients	28	Three subscales: Managing the psychosocial aspects of diabetes, Assessing dissatisfaction & readiness to change, Setting & achieving diabetes goals	5-Point Likert Scale
Diabetes Empowerment Scale—Version 2 (Shiu et al, 2003)	Diabetes patients	20	Five subscales: Overcoming barriers, Determining suitable methods, Achieving goals, Obtaining support, Coping	5-Point Likert Scale
Diabetes Empowerment Scale—Version 3 (Leksell et al, 2007)	Diabetes patients	23	Four subscales: Goal achievement, Self awareness, Stress management, Readiness to change	5-Point Likert Scale
Chinese Diabetes Empowerment Process Scale (C-DEPS)—Original (Chen et al, 2011)	Diabetes patients	15	Four subscales: Mutual participation, Raising awareness, Providing necessary information, Open communication	5-Point Likert Scale
Patient empowerment in long-term conditions (Small et al., 2013)	Chronic patients	24	Positive attitude and sense of control, knowledge and confidence with respect to decision-making, sharing and enabling others.	5-Point Likert Scale
Diabetes empowerment questionnaire (Aghili et al., 2013)	Diabetes patients	20	Knowledge, self-care, coping.	5-Point Likert Scale
Patient Activation Measure (PAM) (Hibbard et al. 2004)	All patients (generic)	19	Skills, knowledge, and beliefs needed by patients to self-manage, collaborate with healthcare providers and maintain their health	4-Point Likert Scale

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE DAI RISULTATI DI BARR ET AL. (2015) E CEREZO ET AL. (2016)

La rassegna dei questionari utilizzati per misurare l'empowerment del paziente fino ad oggi suggerisce che le misure disponibili in questo settore sono state sviluppate in modo indipendente, e i contenuti delle scale costruiti sulla base di diversi quadri teorici (McAllister et al., 2012). I costrutti catturati dalle misure nelle revisioni considerate non sono gli stessi, anche se ci sono alcune aree di sovrapposizione teorica riguardo al processo decisionale, il controllo e l'auto-efficacia (McAllister et al., 2012).

Ciò potrebbe derivare dal tipo di condizione considerata che influenza i costrutti ritenuti rilevanti, oppure dalla mancanza di un quadro teorico generale per l'inquadramento dell'empowerment del paziente. Questa apparente eterogeneità tra le misure di PE sta a significare che gli approcci, gli interventi e le politiche volte a potenziare i pazienti nel settore sanitario non possono essere valutate sulla base di quanto sono efficaci al raggiungimento di questo obiettivo perché l'obiettivo in sé non è chiaro, e non c'è accordo su come misurarlo. Senza una chiarezza concettuale di ciò che l'empowerment del paziente significa, gli strumenti di misura inevitabilmente variano e la scelta degli strumenti per valutare l'empowerment del paziente, sia come processo che come risultato, è difficile.

Inoltre, è da sottolineare che vi è una notevole sovrapposizione tra i costrutti catturati nelle misure individuate nelle revisioni e i costrutti catturati da altre misure che non pretendono di essere misure del PE come l'abilitazione, l'attivazione, la condivisione del processo decisionale e la capacità. Ad esempio, la "Patient Activation Measure" (PAM) (Hibbard et al., 2004) si concentra sul fatto che i pazienti si sentono in grado di capire la loro malattia, far fronte alla loro malattia e alle loro vite, e mantenersi in buona salute (Howie et al., 1997). Il (PAM) (Hibbard et al., 2004) si basa su un modello che individua lo sviluppo del paziente attraverso quattro fasi: (1) la convinzione che il proprio ruolo da paziente è importante, (2) avere la fiducia e la conoscenza necessaria per attivarsi, (3) attivarsi nella pratica per mantenere e migliorare la propria salute, e (4) mantenere la rotta anche sotto stress (Hibbard et al., 2004). Sia l'abilitazione e che l'attivazione si sovrappongono con alcuni, ma non tutti, i costrutti individuati nelle revisioni. Però, essi non possono adeguatamente cogliere tutte le dimensioni del PE.

Altre aree di incrocio con l'empowerment del paziente si riscontrano nelle misure del processo decisionale condiviso, che possono cogliere alcuni aspetti come la collaborazione e il processo decisionale condiviso, che corrispondono alle componenti

del dominio 3 della review di Barr et al. (2015) (Makoul e Clayman, 2006; Scholl et al., 2011). La misura ICECAP capability (Al-Janabi et al., 2012; Keeley et al., 2013) è una misura più generale di qualità della vita del paziente che rileva il suo benessere in termini di capacità di “essere” e di “fare” le cose importanti nella vita: il divertimento, la realizzazione e l'attaccamento. Ci sono anche una serie di misure a disposizione per catturare l'auto-efficacia, il controllo percepito e altri costrutti rappresentati da misure individuate (Berkenstadt et al., 1999; Scherbaum et al., 2006). Alcuni di questi, o tutti, potrebbe rappresentare misure qualitativamente migliori sotto l'aspetto delle proprietà psicometriche, ma rimangono al di fuori del campo di applicazione delle misure che pretendono di catturare l'empowerment del paziente.

4.2.4 Selezione degli item per la scala

Come descritto nel Capitolo 3, a seguito di una revisione della letteratura sull'empowerment, d'accordo con il SUSTAINS Project della Commissione Europea (Ünver e Atzori; 2013), in questo lavoro si considerano quattro dimensioni del PE:

5. **Health Literacy (HL)**: intesa come la capacità di una persona di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e i servizi necessari per prendere decisioni appropriate per la salute. Questa dimensione include la capacità di cercare attivamente le informazioni sanitarie ed essere in grado di comprenderle separatamente, selezionare le informazioni di qualità e analizzarle in maniera critica.
6. **Patient Participation (PP)**: intesa come la capacità dell'individuo di partecipare con gli operatori sanitari ai processi decisionali relativi al proprio percorso sanitario. A tal fine, si considera la capacità del paziente di conoscere e valutare le diverse alternative disponibili e comunicare ai medici le proprie preferenze. Questa dimensione è fortemente influenzata dall'HL del paziente.
7. **Patient Control (PC)**: indica la capacità del paziente di monitorare il proprio stato di salute o il progresso della propria malattia ed essere attivo nel suo mantenimento o miglioramento. Include la capacità del paziente di prevenire e gestire i sintomi, svolgere le medicazioni o i controlli in autonomia, utilizzare i dispositivi medici per il miglioramento della propria vita quotidiana.

8. **Communication with Health Professionals (CHP)**: indica la capacità del paziente di comunicare in modo efficace con i propri medici, descrivendo nel dettaglio i propri sintomi, la propria storia clinica, i propri stili di vita e abitudini, anche quando dannosi per la salute, e di essere in grado di chiedere maggiori informazioni e di esprimere i propri sentimenti e opinioni.

Una volta raccolti tutti gli item dei 14 studi considerati, sono stati selezionati solo quelli che riflettevano direttamente una delle dimensioni su indicate e che consentivano di fornirne una misura. Tutti gli item sono stati suddivisi in quattro categorie, corrispondenti alle quattro dimensioni. Gli item che non riflettevano nessuna delle dimensioni scelte sono stati eliminati. In ogni categoria, tra i vari item che rappresentavano uno stesso concetto, è stato scelto quello in grado di esprimerlo in un linguaggio più semplice e diretto. Gli item scelti sono stati tradotti con l'ausilio di un docente madrelingua inglese e sono stati adattati nella forma e nei contenuti con la collaborazione di due medici di base. Si è scelto di utilizzare la scala Likert da 1 a 5 perché quella più frequente negli studi, così che anche le scale che presentavano 4 o 3 punti sono state trasformate in scale da 5.

In totale sono stati selezionati 15 item per la PP, 14 per il PC e 13 per la CHP. Per quanto riguarda l'HL sono stati selezionati solo due item. Questo risultato è abbastanza sorprendente e mostra che nella maggior parte degli studi considerati viene ignorata la HL anche se, in realtà, rappresenta la base essenziale per lo sviluppo dell'empowerment del paziente. Senza un'adeguata capacità di raccogliere, analizzare e comprendere le informazioni sanitarie, infatti, nessun individuo è in grado di possedere gli altri livelli di empowerment, cioè, un paziente poco o male informato non sarà in grado di partecipare alle decisioni relative alla propria salute, di controllarla e gestirla in autonomia e soprattutto di saper comunicare con i propri medici essendo maggiore il gap culturale che li divide. Tuttavia, da una ricerca sui principali database è emerso che gli studi sull'HL sono moltissimi ma quasi sempre considerano questa dimensione in maniera isolata, cioè senza inserirla nell'ambito dell'empowerment. Per questa dimensione si è deciso quindi di procedere diversamente (come di seguito descritto) e vi è stata dedicata maggiore attenzione proprio perché ritenuta indispensabile e basilare per lo sviluppo delle altre dimensioni.

4.2.5 Ricerca degli item per l'Health Literacy

A seguito di una revisione sistematica, Sørensen et al. (2012) sostengono che l'HL determina la conoscenza delle persone, la motivazione e le competenze per accedere, capire, valutare e applicare le informazioni sanitarie, al fine di formulare giudizi e prendere, nella vita quotidiana, decisioni riguardanti l'assistenza sanitaria, la prevenzione delle malattie e la promozione della salute al fine di mantenere o migliorare la qualità della vita.

Vale a dire, i pazienti devono avere le capacità di lettura e numeriche necessarie per comprendere la letteratura sanitaria e analizzarne il contenuto al fine di prendere decisioni per la loro salute. Molti studi suggeriscono che vi è una stretta relazione tra i livelli di HL e l'utilizzo dei servizi sanitari (Morris et al., 2006; Ko et al., 2011; Safeer et al., 2006; Adams, 2010; Adams et al., 2009). I pazienti che hanno una limitata HL funzionale o che provengono da diversi background culturali e linguistici spesso hanno difficoltà nel comunicare con gli operatori sanitari (Schyve, 2007).

Molti operatori sanitari, tra cui gli infermieri, ritengono di usare un linguaggio adeguato per comunicare con i loro pazienti ma, in realtà, i pazienti con inadeguata HL possono fraintendere le informazioni (Risser et al., 2007). In generale, gli adulti che non hanno completato l'istruzione di base è improbabile che abbiano adeguate competenze funzionali di HL (Johnson et al 2013). In qualche caso, però, gli adulti possono essere alfabetizzati in un particolare aspetto della cultura sanitaria, ma possono essere analfabeti in altri settori, come ad esempio la matematica; pertanto, livello di istruzione non è un buon indicatore dell'alfabetizzazione sanitaria in generale (Johnson et al., 2013; Weiss, 2007). Una valutazione formale dell'HL sarebbe utile per gli operatori sanitari per identificare i pazienti con minori capacità di comprensione. Senza una valutazione dell'HL, gli operatori possono sovrastimare l'alfabetizzazione dei pazienti, determinando in tal modo uno scambio inefficace di informazioni. Dalla prospettiva della sanità pubblica, una limitata HL potrebbe avere un impatto significativo sul bilancio sanitario totale e sull'atteggiamento verso trattamenti preventivi secondari da parte dei cittadini (Kickbusch et al., 2013).

Chan (2014) ha svolto una revisione delle misure dell'Health literacy sulle banche dati CINAHL, PubMed e Medline dalla quale risulta che gli strumenti più diffusi sono i seguenti quattro:

Rapid Estimate for Adult Literacy in Medicine (REALM)

REALM è uno dei test più comuni e affidabili per lo screening dell'Health Literacy degli adulti (Bass et al., 2003; Baker et al., 1999; Ibrahim et al., 2008; Conlin e Schumann, 2002). L'espressione, "screening test" è stata utilizzata per la prima volta da Davis nel 1991 per valutare le capacità di lettura dei pazienti sottoposti a cure primarie negli Stati Uniti d'America (USA). Il test REALM originale consisteva in 125 termini medici comuni che venivano fatti leggere dai pazienti per testare la loro capacità di lettura e di pronuncia (Davis et al., 1991). La durata di questa prova era di circa 3-5 minuti. Il formato del test è stato rivisto nel 1993 ed è stata fornita una versione più breve (REALM-S) di 66 termini con tempo di somministrazione di 1-2 minuti (Davis et al., 1993). Il coefficiente alfa (coefficiente di Cronbach di coerenza interna) di questi test era 0,98 e 0,99 (Jordan et al., 2011). Da allora sono state sviluppate diverse versioni basate sulle specifiche esigenze e caratteristiche del contesto clinico nel quale veniva effettuato (REALM-R, REALM-SF e REALM-Teen) (Jordan et al., 2011).

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

TOFHLA misura l'abilità di un individuo di leggere e comprendere le informazioni sanitarie usando materiale relativo alla salute. Il test originale TOFHLA è stato sviluppato nel 1995 per misurare la comprensione delle informazioni sanitarie tra i clienti adulti delle strutture sanitarie (Jordan et al., 2011). Diversamente dal REALM, il TOFHLA non misura solo la capacità di leggere ma anche la comprensione di brani e informazioni numeriche (Parker et al., 1995). Il focus principale del TOFHLA sono le capacità di alfabetizzazione sanitaria degli adulti a livello funzionale. Il test consiste in 50 domande di comprensione scritta e 17 quesiti numerici. Agli individui vengono fatti leggere moduli sanitari, lettere di ricorso, informazioni per il paziente e indicazioni mediche e poi viene chiesto di rispondere verbalmente a una serie di domande relative al materiale distribuito (Parker et al., 1995). Il tempo di somministrazione è di 22 minuti (Jordan et al., 2011).

Oltre alla versione inglese, Parker et al. (1995) hanno creato la versione spagnola (TOFHLS-S). Sia la versione inglese che spagnola del TOFHLS hanno un coefficiente alpha del 0.98 (Jordan et al., 2011; Parker et al., 1995). Il TOFHLS è stato considerato come lo strumento di valutazione più accurato per misurare le capacità di comprensione degli adulti. Tuttavia, la durata di 22 minuti rende poco pratica la somministrazione in un contesto clinico. Di conseguenza, sono state sviluppate versioni più brevi come S-TOFHLS (Baker et al., 1999) e Health Literacy Test for Singapore (HLTS) (Ko et al., 2011).

Newest Vital Sign (NVS)

Il NVS è un altro test di screening volto a identificare gli individui con scarsa alfabetizzazione funzionale nel settore delle cure primarie. Rispetto al TOFLHA e REALM, il NVS è veloce, può essere completato in tre minuti (Adams et al., 2009). È stato sviluppato sulla base del TOFLHA ed è stato reso disponibile in inglese e spagnolo (Weiss et al., 2005). Durante la valutazione, agli individui viene data una tabella nutrizionale da leggere, e poi viene chiesto di rispondere a sei domande per misurare il loro livello di comprensione e la capacità di utilizzare il testo e le informazioni numeriche fornite (Weiss et al., 2005; Adams et al., 2009). Il coefficiente alpha del NVS è risultato essere 0.76 nella versione inglese e 0.69 in quella spagnola (Weiss et al., 2005). È importante sottolineare che i requisiti legali per le tabelle nutrizionali non sono standardizzati a livello internazionale. Le differenze nel layout e nei contenuti possono avere un impatto sull'applicabilità tra le varie culture e sulla qualità psicometrica dello strumento (Fransen et al., 2011). Mettendolo a confronto con gli altri strumenti, il NVS può essere più sensibile del TOFHLS nella rilevazione dell'HL, ma forse può sovrastimare la capacità degli individui con competenze di alfabetizzazione limitate (Adams et al., 2009).

Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL)

Il FCCHL è stato originariamente creato per misurare l'HL funzionale, comunicativa, e critica dei pazienti giapponesi con diabete di tipo-2. Il pregio di questo strumento è che, a differenza degli altri, non misura solo l'alfabetizzazione sanitaria funzionale, ma anche la capacità di analizzare, comprendere e utilizzare le informazioni relative alla salute

(Ishikawa et al., 2008). Si compone di 14 domande, e gli individui rispondono ad ogni domanda su una scala Likert a 4 punti. Il coefficiente alfa globale di questa prova è 0.78. Anche se il FCCHL è stato specificamente progettato per i giapponesi, è stato successivamente validato in Europa, precisamente in Germania (Dwinger et al., 2014) e in Olanda (Heijmans et al, 2015). Non è possibile confrontarlo metodologicamente con i modelli descritti sopra perché si tratta di strumenti complementi diversi, i precedenti sono test di comprensione da svolgere in presenza dei ricercatori o del personale sanitario, mentre questo è un questionario da compilare in autonomia.

La maggior parte degli strumenti individuati ha bisogno di essere svolto e valutato da un operatore sanitario il che li rende poco fattibili perché richiedono molto tempo per la somministrazione. Inoltre questi strumenti si focalizzano soprattutto sull'HL funzionale tralasciando altre dimensioni importanti per lo sviluppo dell'empowerment, come la capacità di analizzare criticamente le informazioni, comunicarle e utilizzarle per prendere decisioni di salute appropriate. Per questi motivi, in questa ricerca, si decide di utilizzare lo strumento FCCHL che consiste in un questionario auto-compilabile e basato sul modello di Nutbean (2000) che considera tre progressivi di livelli di HL (funzionale, interattiva e critica).

Il modello di Nutbean

Il termine “Health Literacy” è usato nella letteratura sanitaria da almeno 30 anni (Ad Hoc Committee on Health Literacy, 1999). Negli Stati Uniti, in particolare, il termine è usato per descrivere e spiegare le relazioni tra il livello di cultura dei pazienti e la loro abilità di seguire i regimi terapeutici descritti. Questo approccio suggerisce che “un’adeguata alfabetizzazione sanitaria funzionale significa essere capaci di applicare le competenze letterarie al materiale relativo alla salute come prescrizioni, appuntamenti, etichette dei farmaci e indicazioni per l’assistenza domiciliare” (Parker et al., 1995).

Tuttavia, questa fondamentale, ma alquanto ristretta, definizione dell'HL manca di alcuni dei più profondi significati e scopi dell'alfabetizzazione delle persone. Le ricerche si sono concentrate prevalentemente sull'HL funzionale o, più precisamente, le competenze

necessarie per leggere le informazioni sulla salute. Le ricerche basate su questa definizione hanno mostrato che una limitata alfabetizzazione sanitaria funzionale rappresenta una barriera all'educazione dei pazienti con infermità croniche (Williams et al., 1998), e potrebbe rappresentare un costo maggiore per il settore sanitario attraverso un inadeguato o inappropriato uso delle medicine (National Academy on an Aging Society/Center for Health Care Strategies, 1998) e avere un impatto negativo sui comportamenti dei pazienti e sui risultati di salute (Nielsen-Bohlman et al., 2004; Dewalt et al., 2004).

Il campo di studi sulla HL si è concentrato sul dibattito tra i diversi tipi di literacy e la loro pratica applicazione nella vita di tutti i giorni. L'alfabetizzazione sanitaria non deve essere considerata solo come una misura della capacità di raggiungere risultati nella lettura e scrittura, ma anche in termini di ciò che consente di fare nella vita pratica (Freebody e Luke, 1990).

In contrasto con le definizioni di alfabetizzazione sanitaria funzionale descritte sopra la National Library of Medicine definisce l'HL come "*il grado in cui gli individui hanno la capacità di ottenere, processare e comprendere informazioni di base e servizi necessari per prendere decisioni di salute*".

Anche la WHO fornisce una definizione più completa dell'HL (Nutbean, 1998):

l'health literacy rappresenta le capacità cognitive e sociali che determinano la motivazione e l'abilità degli individui all'accesso, comprensione e uso delle informazioni in modo da promuovere e mantenere una buona salute. L'health literacy è critica per l'empowerment.

Queste definizioni comprendono altri e due livelli di HL rispetto alle precedenti che riguardavano solo l'HL funzionale, definiti da Nutbean (2000), come HL interattiva e critica.

Nutbean (2000) ha proposto un modello di HL sulla base di queste premesse, che è ora ampiamente citato nella letteratura professionale e utile per analizzare le capacità di alfabetizzazione necessarie nelle varie situazioni di salute. Questo modello include tre livelli sequenziali di alfabetizzazione sanitaria.

Livello I, chiamato alfabetizzazione funzionale, si riferisce alle competenze di base nella scrittura e lettura che ci consentono di agire in maniera efficace nelle situazioni

quotidiane, sostanzialmente compatibile con la definizione di “health literacy” fornita sopra.

Livello II, chiamato alfabetizzazione interattiva/comunicativa, si concentra sullo sviluppo di abilità cognitive, letterarie e sociali avanzate che consentono di partecipare attivamente alle attività sociali, di estrarre informazioni e derivarne un significato e di applicare nuove informazioni alle mutevoli circostanze.

Livello III, chiamato alfabetizzazione critica, che si basa su abilità cognitive ancora più avanzate che insieme alle abilità sociali possono essere applicate per analizzare criticamente le informazioni, e usare queste informazioni per esercitare maggiore controllo sugli eventi e le situazioni della vita.

Come indica questa classificazione, i diversi livelli di literacy permettono di raggiungere progressivamente maggiori livelli di autonomia e di empowerment.

L’health literacy funzionale consente di migliorare la conoscenza dei rischi di salute e dei servizi sanitari e l’osservanza delle azioni prescritte. Generalmente queste attività risultano in benefici individuali e non stimolano la comunicazione interattiva né favoriscono lo sviluppo di capacità e autonomia. A livello della comunità consentono solo di accrescere l’adesione ai programmi pubblici per la prevenzione e la salute.

L’health literacy interattiva, invece, consente lo sviluppo di capacità personali di agire migliorando la motivazione e la fiducia in sé stessi. Anche a questo livello i benefici individuali sono maggiori dei benefici per la comunità anche se gli individui sono in grado di influenzare le norme sociali e di interagire con i gruppi sociali.

L’health literacy critica, invece, rappresenta il più alto livello di alfabetizzazione sanitaria che le persone possono raggiungere e include competenze analitiche che aumentano sia l’empowerment individuale che sociale attraverso una maggiore partecipazione alle attività sociali relative alla salute. In generale, le persone con livello III sono in grado di "facilitare lo sviluppo della comunità" (Nutbeam, 2000, p. 266). A questo livello superiore di cultura della salute, gli individui sono in grado di valutare i problemi di salute, comprendere le sfide e i vantaggi di ogni problema, riconoscere chi guadagna e chi perde con l’adozione di una determinata strategia di promozione della salute, argomentare a favore o contro determinate politiche, e offrire consulenza alla comunità.

La scala FCCHL

Sulla base del modello di Nutbean (2000) dei tre livelli di HL, Ishikawa et al. (2008) hanno elaborato uno strumento di misura dell'HL per i pazienti con diabete di tipo 2. Gli autori hanno condotto una review delle scale di misura dell'HL e hanno selezionato gli item che riflettevano direttamente le definizioni di HL funzionale, interattiva e critica di Nutbean (2000). Per l'HL funzionale, hanno costruito cinque item idonei a valutare le difficoltà di lettura dei pazienti delle istruzioni o volantini degli ospedali e farmacie (Chew et al., 2004; Morris et al., 2006). Per l'HL interattiva sono stati selezionati cinque item in grado di rilevare la capacità dei pazienti di estrarre e comunicare informazioni legate al diabete. Per l'HL critica sono stati selezionati quattro item idonei a misurare la capacità dei pazienti di analizzare criticamente le informazioni ottenute e utilizzarle per prendere decisioni.

In totale la scala si compone quindi di tre dimensioni (HL funzionale, interattiva e critica) e di 14 item. Ogni item è stato valutato con una scala Likert da 1 (mai) a 4 (spesso), che è stata trasformata in questo lavoro in scala Likert da 1 a 5 per mantenere la stessa misura delle altre componenti dell'Empowerment valutate nelle altre sezioni. Il questionario è stato somministrato a 157 pazienti.

I valori di coerenza interna di tutte e tre le dimensioni dell'HL sono adeguati (HL funzionale $\alpha=0.84$, HL interattiva $\alpha=0.77$, HL critica $\alpha=0.65$). Le correlazioni tra gli item sono tutte positive e con un range tra 0,60-0,83 per HL funzionale, 0,60-0,85 per HL comunicativa e 0,63-0,83 per HL critica. L'alfa di Cronbach totale della scala HL è pari a 0.78.

La semplicità e la comprensibilità degli item sono stati testati e sono risultate soddisfacenti. L'analisi di correlazione ha mostrato che le tre dimensioni sono abbastanza indipendenti.

Questo strumento, a differenza degli altri test utilizzati per l'HL (TOFHLA e REALM) ci consente di misurare questo elemento attraverso un questionario. Tuttavia, questo potrebbe rappresentare anche un limite perché è stato riscontrato che le persone con problemi di lettura spesso si vergognano e nascondono la loro incapacità di leggere (Parikh et al., 1996), e questo potrebbe portare ad una sovrastima dei livelli di HL in questo studio.

Il questionario è stato leggermente adattato e utilizzato in Olanda per misurare l'HL di 1.341 pazienti con malattie croniche (Heijmans et al., 2015), con risultati di validità abbastanza alti ($\alpha = .90$ per l'HL funzionale, $\alpha = .88$ per l'HL interattiva e $\alpha = .93$ per l'HL critica).

Inoltre il FCCHL è stato tradotto e utilizzato in Germania (Dwinger et al., 2014) su 4040 pazienti con patologie croniche. Tutte le sotto scale mostrano una consistenza interna da accettabile a buona da 0.75 (HL critical), 0.78 (HL interattiva) a 0.80 (HL funzionale) mentre quella dell'intero strumento è di 0.77. La correlazione tra gli item varia da 0.19 a 0.77, la correlazione tra le sotto scale mostra che quella dell'HL funzionale ha una correlazione con le altre due abbastanza bassa (0.03 e 0.08) mentre la correlazione tra le due scale HL interattiva e critica è estremamente alta (0,98) e gli autori hanno deciso di combinarle in un unico fattore (processing HL).

Al di fuori del contesto europeo, invece, il questionario è stato utilizzato in Iran (Reisi et al., 2016) su 200 pazienti co diabete di tipo 2. In questo caso, la correlazione tra gli item è sempre positiva e varia da 0.84 a 0.89 per l'HL funzionale, da 0.73 a 0.82 per l'HL interattiva, e da 0.71 a 0.78 per l'HL critica. Il coefficiente alfa di Cronbach è accettabile (0.82) per tutti gli item della scala. È accettabile anche per gli item dell'HL funzionale, interattiva e critica (0.91, 0.80, e 0.76, rispettivamente).

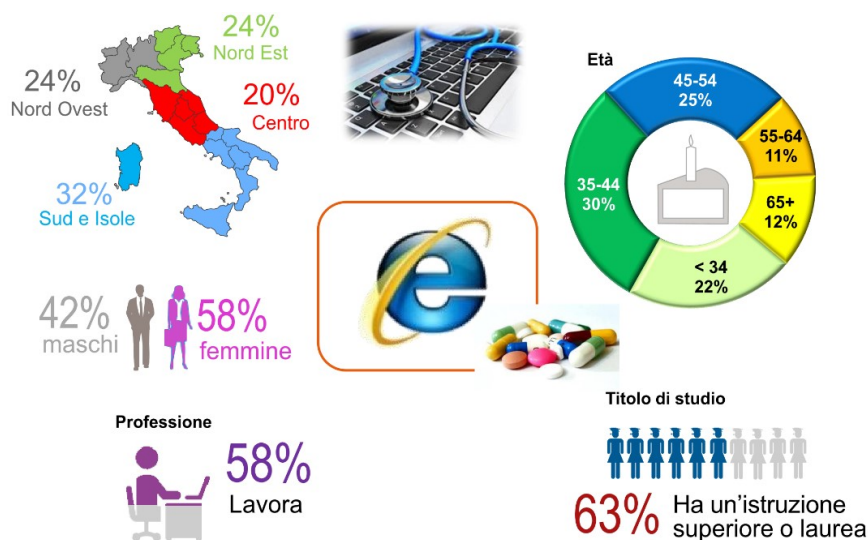
L'e-Health Literacy

Nonostante la capacità del FCCHL di misurare l'HL nelle sue tre dimensioni principali, a parere di chi scrive, c'è un aspetto che non viene valutato, e cioè l'utilizzo di internet per le informazioni sanitarie.

Il sito *sociale.it* riporta i risultati di una ricerca Eurisko sugli italiani e l'offerta sanitaria sul web. La ricerca mostra come il web contribuisce ad amplificare le conoscenze e che gli italiani sono sempre più attenti alla salute con un desiderio sempre maggiore di essere consapevoli, informati, aggiornati sugli argomenti ad essa correlati. Complice è internet e la sua sempre maggiore accessibilità. Negli ultimi dieci anni il benessere psico-fisico è divenuto un tema prioritario delle ricerche online. In occasione di un malessere o di un disturbo, per prima cosa si cercano informazioni sul web. Del resto,

dal 2000 al 2015, la percentuale di coloro che si collegano a internet è passata dall'11% al 68% ed è quindi inevitabile che l'informazione sulla salute cambi i suoi canali di fruizione.

FIGURA 16: PROFILO DI COLORO CHE UTILIZZANO INTERNET PER CERCARE INFORMAZIONI IN AREA SALUTE



FONTE: "HEALTH INFORMATION JOURNEY" RICERCA MULTICLIENT SI PROPRIETÀ DI GfK

Viene riportata la classifica di come le persone cercano online risposte sulla salute:

- 85% chi ha utilizzato internet per avere informazioni legate alla salute
- 28% chi ha partecipato a discussioni su forum/blog/chat
- 17% chi ha chiesto informazioni a un esperto online
- 17% chi si è rivolto ai social network (Facebook e Twitter in particolare)

In dettaglio, ecco le informazioni cercate in rete, tra i trend-topic figurano:

- problema o disturbo di salute specifico
- stili di vita corretti
- possibilità di cura/farmaci
- medici di riferimento per determinati problemi di salute
- centri ospedalieri di eccellenza
- farmaci prescritti dal medico
- farmaci senza obbligo di ricetta
- integratori alimentari

Da un articolo dell'ANSA di ottobre 2016 si apprende che l'85% dei pazienti intervistati cerca le risposte a una domanda di carattere medico online e il 55% legge le recensioni su un medico o un altro professionista sanitario prima di consultarlo. A usare maggiormente internet sono le donne, le persone che soffrono di patologie croniche e coloro che hanno una scolarità superiore.

La visita è un passaggio fondamentale del percorso terapeutico, ma il paziente s'informa prima e, in ambulatorio, ci va dopo aver acquisito online conoscenze generali sul proprio disturbo, o malattia, e, di conseguenza, con un atteggiamento dialettico con il medico: un confronto inedito tra paziente e terapeuta che propone uno scenario molto differente da quello classico, una volta passivo ed unidirezionale, che caratterizzava l'era precedente, senza internet, ed ora attivo e propositivo, grazie al web. La possibilità di trovare informazioni multimediali online ha infatti reso i pazienti sempre più informati e più "protagonisti" attivi del percorso di cura: un atteggiamento nuovo, con cui i professionisti della salute, medici e farmacisti, si devono oggi misurare.

Tuttavia, non è tanto importante la capacità di utilizzare le tecnologie e internet ma piuttosto la capacità di selezionare e utilizzare le informazioni raccolte su internet in modi appropriati per la salute. Bassi livelli di questa capacità possono avere effetti negativi sulla salute, come auto-diagnosi sbagliate, uso errato di medicinali, minore tendenza a rivolgersi al medico.

Queste capacità possono essere definite e-Health-Literacy (e-HL) "capacità di cercare, trovare, valutare, integrare e applicare ciò che si ottiene in ambito elettronico per la soluzione di un problema di salute" (Norman et al., 2006a). Questa abilità richiede che le persone siano in grado di lavorare con la tecnologia, pensare in modo critico sui problemi dei mezzi di comunicazione e della scienza, e navigare attraverso una vasta gamma di strumenti di informazione e fonti per acquisire le informazioni necessarie per prendere decisioni. Più che mai, questo contesto di informazione sanitaria comprende le risorse elettroniche tali come il World Wide Web e altre tecnologie che ora giocano un ruolo sempre più importante per la salute (Madden e Fox, 2006; Norman et al., 2002).

A tal proposito il sito web "*my-personaltrainer.it*" stila una lista dei rischi relativi alla navigazione in rete per le persone con scarse capacità di e-health literacy:

Il web viene sostituito al rapporto medico - paziente

Le informazioni medico - scientifiche diffuse nel web devono essere intese a migliorare, e non a sostituire, il rapporto medico-paziente. Sebbene internet venga spesso utilizzato proprio per cercare quelle informazioni che il medico non è riuscito a trasmettere, a causa di un colloquio troppo sbrigativo, è comunque impensabile - in quanto pericoloso ed assolutamente scorretto - cercare di ottenere una diagnosi online. Solo il medico che conosce la storia clinica del paziente, incluse le malattie ed i disturbi presenti e pregressi, la familiarità per determinate patologie, i risultati degli esami diagnostici ed obiettivi, l'eventuale assunzione di farmaci e quant'altro necessario alla cura dello stesso, può infatti prescrivere le terapie mediche e farmacologiche più opportune. Per la stessa ragione, è assolutamente pericoloso ed irriverente contestare apertamente le diagnosi e le cure prescritte dal medico basandosi semplicemente su quanto appreso nel web.

La possibilità di usufruire dei vari servizi di consulenza on-line (e-mail o forum) è spesso molto apprezzata dai navigatori del web; tale caratteristica è tipica dei cosiddetti blog e forum, dove - generalmente previa registrazione - l'utente può richiedere consulti medici direttamente agli autori degli articoli o ai professionisti iscritti al sito.

Non viene valutata l'attendibilità delle informazioni

Sebbene internet rappresenti una grande ed indiscussa opportunità, spesso il livello scientifico delle informazioni diffuse è perlomeno discutibile. Sono infatti numerosi ed in continua espansione i siti internet italiani ed esteri che ospitano schede informative su patologie, farmaci e possibili terapie, per non parlare poi dei servizi di consulenza e vendita di prodotti farmaceutici o di integratori. Il paziente dovrebbe essere quindi in grado di valutare la correttezza delle informazioni. La Fondazione "Health On the Net" propone una serie di linee guida per valutare la correttezza delle informazioni mediche disponibili nel web:

- controllare gli autori dell'informazione ed accertarsi che ogni informazione medica sia stata scritta unicamente da esperti dell'area medica e da professionisti qualificati.
- accertarsi che siano rispettate le norme sulla privacy delle informazioni personali riguardanti i pazienti ed i visitatori di un sito medico.

- diffidare delle informazioni che non sono accompagnate da referenze esplicite e, se possibile, da links verso alla fonte dei dati.
- Verificare che ogni affermazione relativa al beneficio o ai miglioramenti indotti da un trattamento, da un prodotto o da un servizio commerciale, sia supportata da prove adeguate e certificate.
- Accertarsi che sia garantita la trasparenza e cioè che le informazioni siano fornite nella maniera più chiara possibile e che venga messo a disposizione un indirizzo, chiaramente visibile sul sito, al quale gli utenti possono chiedere ulteriori dettagli o supporto.
- Cercare il patrocinio del sito che deve essere chiaramente identificato compresa le identità delle organizzazioni commerciali e non-commerciali che contribuiscono al finanziamento, ai servizi o al materiale del sito.
- Se la pubblicità è una fonte di sovvenzione del sito deve essere chiaramente indicato. I responsabili del sito forniranno una breve descrizione dell'accordo pubblicitario adottato.

La Fondazione "Health On the Net" fornisce un elenco dei siti che rispettano queste norme, consultabile dagli utenti.

Il paziente si sostituisce al medico curante

Le informazioni "a spizzichi e bocconi" apprese sul web, nelle varie riviste e libri commerciali, non possono e non devono essere confuse con il bagaglio culturale di un professionista, alla cui base vi è un percorso universitario pluriennale, l'esperienza sul campo e continui aggiornamenti. Pensare di saperne più del proprio medico rischia di pregiudicare non solo la salute dell'interessato, ma anche il suo rapporto con il medico stesso; in simili circostanze, infatti, verrebbe a mancare la fiducia, un elemento indispensabile per seguire in modo corretto le terapie e mettere in atto i consigli ricevuti anche in ottica preventiva.

Acquisto di farmaci online, prodotti naturali, medicine alternative e integratori

Navigando tra i vari siti internet dedicati alla salute non è poi così difficile imbattersi in proposte di vendita che hanno per oggetto medicinali, spesso del tutto privi di garanzie di qualità e provenienti dal mercato nero. Medicinali per curare le disfunzioni erettili, anoressizzanti, steroidi anabolizzanti, antidepressivi, anticolsterolo, anti alopecia sono sicuramente tra i più gettonati. In più vi sono siti che propongono "medicinali" o prodotti "naturali" per curare malattie gravi, persino i tumori e integratori dipinti come vera e propria "panacea", dalle proprietà a tratti miracolose e addirittura curative.

Chi acquista farmaci online corre il rischio di ricevere medicinali contraffatti e privi di adeguati controlli sanitari, scaduti o contenenti sostanze tossiche o principi attivi diversi da quelli dichiarati.

Ricorso alle diete dimagranti online

Affidarsi agli schemi dietetici proposti dai vari siti web, anche quando attendibili e scritti da personale abilitato, può rivelarsi pericoloso, soprattutto se ci sono problemi di salute e malattie associate, come diabete, disfunzioni della tiroide o ipertensione. La dieta va personalizzata in base alle caratteristiche di ogni singolo individuo.

Da queste considerazioni emerge quindi che il web può diventare un luogo di approfondimenti, di notizie e di aggiornamenti, ma anche di sostegno, confronto ed ascolto. Attraverso blog, forum, siti e social network, come Twitter o Facebook, la "rete" può riuscire a fare informazione e nello stesso tempo istituire gruppi di solidarietà e di auto-aiuto. Tuttavia, individui con limitata e-HL corrono numerosi rischi e possono peggiorare la propria condizione di salute. Per questi motivi è indispensabile misurare anche le capacità degli individui di trovare, selezionare, giudicare e utilizzare efficacemente le informazioni del web e si è deciso di includere nella scala di misura dell'HL alcuni item per valutare l'e-HL.

La Literacy Scale eHealth (eHEALS)

Gli item sulla e-HL in questo lavoro sono stati selezionati dalla Literacy Scale eHealth (eHEALS) sviluppata da Norman e Skinner (2006b) proprio per affrontare la necessità di valutare la percezione che ogni individuo ha delle proprie competenze e conoscenze sull'utilizzo di Internet per le informazioni sanitarie e, in particolare, l'impiego di queste informazioni per il processo decisionale clinico e la pianificazione e promozione della salute. Gli autori hanno condotto una review della letteratura sulle misure dell'eHL nei database Medline, PsycInfo, ERIC, Sociological Abstracts, e Web of Science. Anche se sono state trovate alcune misure, solo poche sono state rigorosamente valutate dal punto di vista psicometrico e alcune sono state realizzate per specifici progetti considerati non attinenti al concetto di e-HL.

Dopo aver costruito una batteria iniziale di item sulla base del modello di eHL (Norman e Skinner, 2006a), si è proceduto alla consultazione di specialisti e poi alla somministrazione degli item ai giovani coinvolti nel progetto TeenNet Research⁶ per testare la leggibilità generale, la formulazione degli item e la rilevanza.

Il questionario finale si compone di 8 item ed è stato somministrato a 664 adolescenti della scuola secondaria in Canada. Ogni item usa una scala Likert a 5 punti per rispondere a ogni domanda con opzioni che vanno da “fortemente d'accordo” a “per niente d'accordo”. Il coefficiente alfa della scala è pari a .88. la correlazione tra gli item varia da $r = .51$ a $.76$.

L'analisi delle componenti principali è stata eseguita e ha prodotto la soluzione di un unico fattore (eigenvalue= 4.479, il 56% della varianza spiegata). I pesi fattoriali variano da 0,60-0,84 tra gli 8 item.

4.3 La scala di misura per la co-creazione di valore

Nell'ambito della Service-Dominant logic (Vargo e Lusch, 2004; Vargo & Lusch, 2008), ci sono numerosi studi relativi a problemi nella misurazione della co-creazione di valore (Randall et al, 2011; Xie et al, 2008; Payne et al., 2008; McColl-Kennedy et al 2012; Yi

⁶ TeenNet Research Program. Home page. URL: <http://www.teenet.ca/>

e Gong, 2013; Neghina et al. 2014), da cui è nato il dibattito sulla misura della co-creazione di valore per il cliente.

Ogni studio, oltre ai punti di forza e di debolezza, indica le opportune direzioni di ricerca, approcci e le eventuali lacune, al fine di analizzare in modo approfondito questo complesso costruito. La letteratura non è snella e appare intessuta di un'ambiguità concettuale che si riflette anche nella terminologia, proprio per l'uso incontrollato del termine co-creazione di valore in diversi contesti, come ad esempio i frequenti casi di sovrapposizione tra coproduzione e co-creazione, erroneamente considerati come sinonimi.

Pochi studi, tuttavia, esplorano la natura e le diverse dimensioni del comportamento di co-creazione di valore per il consumatore. Il più significativo, è il contributo teorico di Neghina et al. (2014) nel quale gli autori dividono la co-creazione di valore in sei dimensioni o tipi di azioni effettuate congiuntamente da utenti e fornitori, (communicative – interactive profile, relational - social profile, knowledge - cognitive profile).

Per quanto riguarda la ricerca empirica, gli studi di Randall et al. (2011), Yi e Gong (2013) e Mc-Coll Kennedy et al. (2012) sono particolarmente rilevanti.

Il primo studio propone la costruzione di una scala di misura costituita da tre dimensioni, connessione, fiducia e impegno, fondendo il costruito della co-creazione di valore con quella della connessione, rendendo più difficile la generalizzazione. Anche se l'adozione di un metodo misto, cioè la combinazione di tecniche di analisi qualitative (interviste in profondità) e quantitative (sondaggio) rappresenta un valore aggiunto per questo lavoro, la sua limitazione è il graduale allontanamento dalla S-D logic a favore del "Customer Relationship Management" (Newell, 2000; Girishankar, 2000).

Nel secondo lavoro, Yi and Gong (2013) considerano la co-creazione di valore come un fattore di terzo ordine attraverso le lenti di due teorie: *customer participation behaviour* e *customer citizenship behaviour*, legate rispettivamente ai concetti di *in-role behaviours* e *extra-role behaviours* (Yi et al., 2011). Al principio, queste dimensioni erano riferite agli impiegati (Katz e Kahn, 1966), i comportamenti in-ruolo erano essenziali per la corretta esecuzione del lavoro, mentre i comportamenti extra-ruolo facevano riferimento ad azioni non incluse negli obblighi fondamentali del lavoro, ma che aiutavano a sentirsi membri attivi della compagnia e a cooperare con essa per ottenere valore.

Infine, Mc-Coll Kennedy et al. (2012) individuano i diversi tipi di pratiche di co-creazione di valore in termini di attività e interazioni compiute nella pratica quotidiana dai pazienti, non solo nel momento dell'interazione con i fornitori. Le dimensioni sono state individuate da una serie di interviste somministrate ad un campione di 20 soggetti. Tuttavia, in questo lavoro, le otto componenti della co-creazione di valore vengono semplicemente individuate senza un'analisi critica funzionale della loro eventuale generalizzazione e senza studiare la loro composizione interna in termini di sotto-dimensioni che non consente la definizione di un costrutto teorico da inserire all'interno di un modello validato.

Fino ad oggi, pochi studi hanno esplorato sistematicamente l'esatta natura della dimensionalità del comportamento di co-creazione del valore del cliente, lasciando la sua precisa composizione poco chiara. Alcuni studi usano un approccio multidimensionale per catturare il comportamento di co-creazione del valore del cliente e lo considerano composto da molti elementi distintivi (ad esempio, Bettencourt, 1997; Bove et al., 2008; Groth, 2005), mentre altri studi impiegano un approccio unidimensionale e utilizzano una misura singola o un elemento multiplo (ad esempio, Cermak et al., 1994; Dellande et al., 2004; Fang et al., 2008). Tuttavia, questo metodo ignora la ricchezza concettuale del comportamento di co-creazione del valore del cliente. Nessuna delle ricerche precedenti esplora il rapporto tra il costrutto complessivo e le sue dimensioni. Pertanto, sia i professionisti che gli studiosi hanno bisogno di una ricerca che (1) identifichi in modo chiaro e misuri il comportamento dei clienti nella co-creazione di valore, (2) convalidi un costrutto completo del comportamento nella co-creazione di valore del cliente e (3) ne esplori la dimensionalità gerarchica.

4.3.1 La Customer value co-creation behavior scale

Per questo studio si è deciso di utilizzare la scala elaborata da Yi e Gong (2013) che è stata sviluppata sulla base di studi precedenti che identificano due tipi di comportamento nella co-creazione di valore del cliente:

- il comportamento della partecipazione del cliente, che si riferisce al comportamento in-role richiesto che è necessario per il successo della co-creazione di valore;

- il comportamento di cittadinanza del cliente, che è il comportamento volontario extra-ruolo che fornisce un valore insolito all'organizzazione, ma non è necessariamente richiesto per la co-creazione di valore (Bove et al., 2008; Groth, 2005; Yi e Gong, 2008; Yi et al., 2011).

Questo studio concettualizza il comportamento di co-creazione di valore del cliente come un concetto multidimensionale che consiste di due fattori di ordine superiore, ognuno composto da dimensioni multiple. Questi due fattori sono il comportamento di partecipazione del cliente e il comportamento di cittadinanza del cliente. Il primo si compone di quattro dimensioni: ricerca di informazioni, condivisione delle informazioni, comportamento responsabile e interazione personale. Il secondo invece, comprende il feedback, la promozione, l'aiuto e la tolleranza.

Customer participation behavior

Ricerca di informazioni

D'accordo con Kellogg et al. (1997), i clienti cercano informazioni per conoscere le caratteristiche del servizio e soddisfare altri bisogni cognitivi. I clienti hanno bisogno di informazioni su come svolgere il loro compito in qualità di co-creatori di valore e cosa ci si aspetti che loro facciano e come si prevede che si comportino durante un'interazione di servizio. Fornire queste informazioni riduce l'incertezza dei clienti per quanto riguarda la co-creazione di valore con i fornitori. Proprio come i dipendenti che acquisiscono i compiti, la conoscenza del ruolo e i comportamenti necessari per partecipare come membri dell'organizzazione, i clienti cercano di comprendere la natura del servizio e il loro ruolo nel processo di co-creazione del valore (Kelley et al., 1990; Kellogg et al., 1997).

La ricerca di informazioni è importante per i clienti per due motivi principali. In primo luogo, le informazioni riducono l'incertezza e, quindi, consentono ai clienti di comprendere e controllare i loro ambienti di co-creazione. In secondo luogo, la ricerca di informazioni consente ai clienti di padroneggiare il loro ruolo come co-creatori di valore e integrarsi nel processo di co-creazione. I clienti possono cercare informazioni sul fornitore del servizio in diversi modi. Per esempio, i clienti potrebbero chiedere

informazioni direttamente a un'altra persona o monitorare il comportamento dei clienti più esperti per ottenere spunti informativi (Kelley et al., 1990; Morrison, 1993).

Condivisione delle informazioni

Per una co-creazione di valore di successo, i clienti dovrebbero fornire risorse, come ad esempio le informazioni, da usare nei processi di co-creazione (Lengnick-Hall, 1996). Se i clienti non forniscono le informazioni essenziali, i dipendenti non possono nemmeno iniziare a svolgere le loro funzioni. Attraverso la condivisione delle informazioni con i fornitori, i clienti possono assicurarsi che gli stessi forniscano il servizio che risponde alle loro particolari esigenze (Ennew e Binks, 1999).

Ad esempio, i pazienti devono fornire al medico una corretta informazione circa la loro condizione di salute in modo che il medico possa fare una diagnosi accurata. Se i clienti non riescono a fornire informazioni accurate, la qualità della co-creazione di valore può essere bassa. Quindi, la condivisione delle informazioni è la chiave per il successo della co-creazione di valore.

Comportamento responsabile

Un comportamento responsabile si verifica quando i clienti riconoscono i loro doveri e responsabilità nei confronti dell'organizzazione (Ennew e Binks, 1999). Per il successo di un processo di co-creazione, i clienti hanno bisogno di essere cooperativi, rispettando le regole e le politiche e accettando le indicazioni dei fornitori (Bettencourt, 1997). Senza un comportamento responsabile dei clienti, non si può co-creare valore durante le interazioni di servizio.

Interazione personale

L'interazione personale si riferisce ai rapporti interpersonali tra clienti e fornitori, necessari per il successo della co-creazione di valore (Ennew e Binks, 1999). Kelley et al. (1990) utilizzano il concetto di qualità funzionale del cliente per indicare l'interazione tra clienti e fornitori, che comprende aspetti come la cortesia, cordialità e rispetto. La co-creazione nel contesto del servizio si svolge in un ambiente sociale; più è piacevole, simpatico e positivo l'ambiente sociale, più è probabile che i clienti si impegnino a co-creare valore (Lengnick-Hall et al., 2000).

Customer citizenship behavior

Feedback

I feedback riguardano le informazioni, richieste e non, che i clienti forniscono ai dipendenti dopo il consumo del servizio e che aiutano l'azienda a migliorare il processo di creazione dei servizi nel lungo periodo (Groth et al., 2004). I clienti sono in una posizione unica per offrire una guida e suggerimenti per l'azienda, perché hanno una notevole esperienza con il servizio e sono esperti dal punto di vista del consumo (Bettencourt, 1997) e l'azienda può trarre grandi vantaggi dai suggerimenti dei clienti per un servizio migliore. Anche se il feedback da parte dei clienti può essere utile, costituisce chiaramente un comportamento extra-ruolo e non è un requisito richiesto per la fornitura di servizi di successo.

Promozione

La promozione si verifica quando il cliente raccomanda l'impresa ad altre persone, come gli amici o la famiglia (Groth et al., 2004). Nel contesto della co-creazione di valore, la promozione indica fedeltà all'impresa e promozione degli interessi dell'azienda di là degli interessi del singolo cliente (Bettencourt, 1997). La promozione attraverso il passa parola positivo è spesso un indicatore di fidelizzazione della clientela, e contribuisce enormemente allo sviluppo di una solida reputazione positiva, alla pubblicità di prodotti e servizi dell'azienda, a valutazioni di qualità elevata del servizio e all'aumento della dimensione della base clienti (Bettencourt, 1997; Groth et al., 2004). Come altri comportamenti di cittadinanza del cliente, la promozione è completamente volontaria e non obbligatoria per il successo della co-creazione di valore.

Aiuto

Questa dimensione si riferisce al comportamento del cliente finalizzato ad aiutare altri clienti a comportarsi in modo coerente con i loro ruoli previsti (Groth et al., 2004). A differenza dei fornitori, i ruoli dei clienti sono meno definiti, mettendo i clienti in una situazione che può richiedere l'aiuto spontaneo da parte di altri clienti (Groth et al., 2004). Rosenbaum e Massiah (2007) sostengono, inoltre, che i clienti potrebbero estendere l'empatia per gli altri clienti aiutandoli nei comportamenti. Essi rilevano che i clienti

ricordano le proprie esperienze difficili e mostrano un senso di responsabilità sociale per aiutare gli altri clienti in difficoltà simili.

Tolleranza

La tolleranza si riferisce alla volontà del cliente di essere paziente quando l'erogazione del servizio non soddisfa le sue aspettative, come nel caso di ritardi o carenze di attrezzature (Lengnick-Hall et al., 2000). Dato che il fallimento durante l'interazione di servizio è la seconda maggiore causa di abbandono del fornitore da parte del cliente, danneggiando la quota di mercato e la redditività dell'azienda, la tolleranza del cliente potrà plausibilmente aiutare l'impresa nel suo complesso (Keaveney, 1995).

Da una review della letteratura e attraverso interviste esplorative profonde, Yi e Gong (2013) hanno creato inizialmente 100 item. Le interviste sono state condotte a 15 studenti e 5 clienti adulti ai quali è stato chiesto di descrivere i comportamenti che assumono durante un'interazione di servizio al fine di individuare specifiche caratteristiche dei comportamenti di co-creazione dei clienti.

Gli item sono stati successivamente ridotti eliminando tutti quelli che risultavano ambigui, ridondanti o errati, fino ad arrivare a 72 item che sono stati fatti valutare da 7 docenti di marketing e dottorandi di ricerca che hanno applicato ad ogni item un punteggio da 1 a 3 (1= chiaramente rappresentativo, 2= parzialmente rappresentativo, 3=per niente rappresentativo). Sono stati conservati solo gli item che hanno ottenuto almeno tre giudizi come chiaramente rappresentativi e uno come parzialmente rappresentativo (Bearden et al., 2001; Tian et al., 2001; Zaichkowsky, 1985) e cioè 44 item.

Il questionario così ottenuto è stato somministrato a 296 studenti universitari e dottorandi al fine di valutarne le proprietà psicometriche. Sono stati eliminati tutti gli item che presentavano una correlazione con la scala complessiva inferiore a .50 o una correlazione tra gli item inferior a .20 (Bearden et al., 1989; Bearden et al., 2001; Zaichkowsky, 1985). A seguito dell'analisi fattoriale sono stati invece eliminati tutti gli item con un factor loading inferiore a .50, high cross-loadings superiore a .40, e low commonalities sotto .30 (Hair et al., 2009). L'alfa di Cronbach per le otto dimensioni varia da .79 a .93, quindi tutte superano il limite .70 come raccomandato da Nunnally (1994). Il valore del Kaiser–

Meyer Olkin (KMO) pari .82 e un significativo valore del chi-quadro ($\chi^2 = 2303.74, p < .001$) indicano che l'analisi fattoriale è stata appropriata per i dati.

4.4 La scala di misura per la soddisfazione del paziente

La soddisfazione dei pazienti è stata proposta come espressione della qualità percepita della salute ed è considerata come una possibile misura della qualità del trattamento.

Gli indicatori di qualità percepita sono, pertanto, strumenti di governo clinico e, in particolare, indicatori dei sistemi di gestione della qualità.

Dal punto di vista operativo un indicatore di qualità percepita può essere:

- sintetico o totale, quando coinvolge tutti i fattori di soddisfazione considerati (variabili osservate);
- parziale quando si riferisce solo ad alcune variabili.

Le misurazioni della soddisfazione sono strumenti utili per delineare le priorità di intervento in quanto consentono di identificare l'importanza che il paziente attribuisce ai singoli fattori e, di conseguenza, permettono di identificare le variabili su cui è necessario intervenire per migliorare la percezione del cliente (Piredda et al., 2007).

Fra i numerosi metodi impiegati per valutare il grado di soddisfazione degli utenti nei confronti dei servizi sanitari, il più comune è quello del questionario. Inizialmente i questionari per la misurazione della soddisfazione venivano creati dalle singole organizzazioni in base alle proprie specifiche esigenze senza una particolare attenzione agli aspetti metodologici. Spesso questi questionari erano rivolti ad ottenere una conferma delle prassi in uso piuttosto che ad individuare gli elementi che generavano insoddisfazione da modificare per poter migliorare il servizio.

L'uso diffuso del questionario per la valutazione della soddisfazione del paziente e la tendenza a considerare la soddisfazione del paziente come un obiettivo di assistenza sanitaria è determinata da una serie di ragioni:

- i limiti degli indicatori tradizionali che valutano il risultato di un trattamento medico,
- la relativa facilità di utilizzo di indici che valutano la soddisfazione del paziente,
- l'evoluzione del rapporto tra medico e paziente,
- la "democratizzazione dei servizi sanitari".

Tuttavia, il principale difetto di questi strumenti è che si prestano ad essere influenzati dagli obiettivi specifici che il ricercatore intende raggiungere e da ciò che lo stesso vuole dimostrare con i risultati. Non sempre, infatti, queste indagini sono volte a migliorare l'efficienza del servizio. Talvolta gli operatori sanitari potrebbero voler dimostrare agli amministratori la validità del proprio operare oppure le organizzazioni dimostrare all'ente pubblico da cui è gestita la qualità dei servizi erogati. In questi casi, quindi, le indagini saranno volte più a rilevare gli aspetti positivi e le aree di soddisfazione piuttosto che gli elementi negativi o aree di insoddisfazione più utili per interventi di miglioramento del servizio. Un altro problema comune a questi strumenti di indagine è legato alla desiderabilità sociale, cioè alla tendenza degli intervistati di rispondere ciò che pensano faccia piacere all'intervistatore. Per questi motivi è stato manifestato spesso scetticismo e sfiducia e sono state mosse critiche a questi strumenti che, tuttavia, rimangono fondamentali per garantire l'accettabilità e il successo del servizio per i pazienti. I limiti di queste indagini non riguardano lo strumento di per sé ma la correttezza metodologica con la quale vengono svolte, soprattutto il rispetto del criterio dell'oggettività.

Nel corso degli ultimi 30 anni sono stati sviluppati diversi metodi per la rilevazione della soddisfazione del paziente, dalle interviste dirette o telefoniche, questionari ai pazienti in trattamento o a varia distanza dalla dimissione, e sono stati svolti studi in diversi ambiti di erogazione dell'assistenza sanitaria, dai reparti degli ospedali alle strutture residenziali o più in generale presso le ASL. Pertanto, nonostante limiti, critiche e diffidenze, i questionari per la rilevazione della soddisfazione dei pazienti si confermano lo strumento maggiormente utilizzato per la misurazione della qualità del servizio sanitario.

4.4.1 Gli strumenti di valutazione della soddisfazione del paziente

La mancanza di uno standard oggettivo nella rilevazione della soddisfazione a cui fare riferimento ha portato negli anni ad una proliferazione di strumenti diversi tra loro senza la verifica delle loro caratteristiche psicometriche in termini di validità e affidabilità. Il punto critico nel settore della valutazione della soddisfazione dell'utente è proprio quello degli strumenti di valutazione. In nessun'altro settore si è assistito ad una paragonabile proliferazione di strumenti creati da singoli ricercatori per situazioni locali, specifiche, con scarsa attenzione alla loro validità e affidabilità al punto che qualcuno, estremizzando

le critiche, ha detto che queste indagini "non si occupano di ciò che pensa il paziente ma di ciò che coloro che fanno queste ricerche pensano che il paziente pensi" (Cang, 1989). Un'analisi della validità del contenuto di questi modelli di indagine è necessaria per evitare il rischio di manipolazione di queste indagini, ad esempio che vengano usate per dimostrare che tutto funziona alla perfezione e che non c'è niente da cambiare o che niente funziona e tutto deve essere cambiato, e garantire che siano presi in considerazione gli aspetti realmente importanti e significativi per la soddisfazione del paziente (Stallard, 1996).

Sulla base di queste considerazioni, in questo lavoro si riportano solo i modelli che hanno dimostrato una maggiore validità ed affidabilità individuati e descritti da Castrogiovanni (1999) nel suo libro sulle stagionalità in psichiatria (Tab. 8).

TABELLA 8: PRINCIPALI STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Scala	Autori
User Satisfaction Survey – USS	Love et al, 1979
Client Satisfaction Survey – CSS	Damkot et al., 1983
Patient Satisfaction Questionnaire – PSQ	Ware et al., 1976
Patient Satisfaction Questionnaire-II - PSQ-II	Ware et al., 1984
Patient Satisfaction Questionnaire-III - PSQ-III	Marshall et al., 1993
Client Satisfaction Questionnaire – CSQ	Larsen et al., 1979
Service Satisfaction Scale – SSS	Greenfield e Attkisson, 1989
Service Evaluation Questionnaire – SEQ	Nguyen et al., 1984
Client Satisfaction Survey – CSS	Essex, 1981
Satisfaction with Mental Health Care – SMHC	Slater et al., 1982
Patient Opinion Survey – POS	McDonald et al., 1988
Treatment Outcome Profile – TOP	Holcomb et al., 1989
Patient Judgment System – PJS	Nelson et al., 1989
Patient Comment Card – PCC	Nelson et al., 1991
General Satisfaction Questionnaire – GSQ	Huxley e Mohamad, 1991
Verona Expectation for Care Scale – VECS	Ruggeri e Dall’Agnola, 1993
Verona Service Satisfaction Scale – VSSS	Ruggeri e Dall’Agnola, 1993
Reid-Gundlach Social Service Satisfaction Scale - R-GSSSS	Reid e Gundlach, 1983

FONTE: CASTROGIOVANNI P. (1999)

Lo User Satisfaction Survey - USS (Love et al., 1979) e il Client Satisfaction Survey - CSS (Damkot et al., 1983), seppur rappresentano strumenti interessanti, non si sono molto diffusi.

Al contrario, il *Patient Satisfaction Questionnaire - PSQ* (Ware et al, 1976) ed il *Client Satisfaction Questionnaire - CSQ* (Larsen et al., 1979; Attkinson e Zwick, 1982), sono gli strumenti più ampiamente diffusi e che sono stati spesso utilizzati come base per la costruzione di altri modelli.

Il PSQ è uno strumento creato per la valutazione della soddisfazione per le cure mediche in generale. A partire da questo strumento sono stati poi generati altri due modelli che agli aspetti generali hanno integrato delle sottoscale per la valutazione di aspetti più specifici:

- il PSQ-II (Ware et al., 1984) composto da 18 subscale, una di soddisfazione generale, le altre 17, specifiche. Gli item sono valutati su una scala a 5 punti (da 1 = Completamente d'accordo, a 5 = In completo disaccordo).
- il PSQ-III, (Marshall et al., 1993), una derivazione del PSQ-II, è uno strumento di 50 item che oltre alla soddisfazione generale, misura sei aspetti specifici (Modalità di rapporto interpersonale, Comunicazione, Competenza tecnica, Tempo passato con i medici, Aspetti economici, Accesso alle cure). La scala ha mostrato buona affidabilità e validità.

Per quanto riguarda il CSQ è il risultato delle ricerche condotte fin dal 1975 dai ricercatori dell'Università della California - San Francisco, che hanno lavorato allo sviluppo di strumenti di misura per valutare la soddisfazione del paziente nei confronti dei servizi psichiatrici e psicosociali. Il frutto di queste ricerche è rappresentato, oltre che dal CSQ, dalla *Service Satisfaction Scale - SSS* (Greenfield e Attkisson, 1989). I due strumenti consentono di ottenere una misurazione diretta della soddisfazione dell'utente nei diversi tipi di Servizi. Le domande (31) (Larsen et al., 1979) che coprono 9 aree ritenute in grado di esprimere la soddisfazione del paziente: l'ambiente fisico, le procedure, lo staff di supporto, il tipo di servizio, lo staff terapeutico, la qualità del servizio, la quantità o la durata del servizio, l'esito del servizio e la soddisfazione

generale. Il CSQ è stato ridotto nella versione da 8 item (CSQ-8) che è quella più ampiamente utilizzata, e una da 18 item (CSQ-18).

Il principale limite del CSQ-18 è la sua monodimensionalità, mentre la scala SSS-30, sviluppata sulle basi dell'esperienza della Client Satisfaction Scale, è composta da item meno globali e più specifici e differenziati rispetto al CSQ, creando le premesse per una scala multifattoriale. Questa scala consente di discriminare i differenti livelli di soddisfazione associati a quattro dimensioni, due più stabili, "capacità e modalità di comportamento del medico" e "percezione dell'esito", e due meno stabili, "procedure burocratiche" e "accessibilità".

Un altro strumento interessante che deriva dal CSQ-8 è il *General Satisfaction Questionnaire - GSQ* (Huxley e Mohamad, 1991), che misura, oltre alla soddisfazione generale, quella per l'aiuto ricevuto, per l'accesso al Servizio e per la sua accettabilità. Accanto alla scala generale sono state create altre sei scale speciali da utilizzare nei diversi setting:

- il GSQ-20.2, form generale composta da 20 item;
- il GSQ-10, form da utilizzare con i pazienti psichiatrici ambulatoriali composta da 10 item;
- il GSQ-9, form da impiegare nei servizi di supporto della comunità composta da 9 item;
- il GSQ-8, form per i pazienti psichiatrici ricoverati composta da 8 item;
- il GSQ-7, form per i centri diurni composta da 7 item;
- il GSQ-7C, form da utilizzare nei centri di salute mentale della comunità composta da 7 item;
- il GSQ-6, form da impiegare nel contesto dei servizi di terapia occupazionale composta da 6 item.

In tutti i casi al paziente viene richiesto di esprimere ciò che giudica a cosa migliore e ciò che cambierebbe del Servizio ed un giudizio generale sui servizi ricevuti.

Degni di nota e molto diffusi nella letteratura internazionale anche due strumenti italiani, creati da un gruppo di ricercatori di Verona: il *Verona Expectation for Care Scale - VECS* e il *Verona Service Satisfaction Scale - VSSS* (Ruggeri e Dall'Agnola, 1993). Entrambi sono rivolti alla valutazione della soddisfazione dei pazienti psichiatrici, in particolare, il primo chiede all'utente di specificare i cinque aspetti che, in base alla sua esperienza, ritiene più importanti nell'assistenza psichiatrica soddisfacente, il secondo

indaga l'opinione dell'utente sui servizi ricevuti nell'ultimo anno relativamente a sette dimensioni (Soddisfazione generale, Capacità e comportamento professionale, Informazione, Accesso, Tipo degli interventi e Coinvolgimento dei familiari). Molti item di questa scala sono ricavati dall'SSS-30 e da scale da essa derivate. La scala ha dimostrato di possedere un'ottima accettabilità e buone caratteristiche psicometriche. Sono state messe a punto delle versioni abbreviate per l'impiego routinario (Ruggeri et al., 1996).

4.4.2 Selezione degli item per la misura della soddisfazione del paziente

Partendo dalle scale di misura della soddisfazione del paziente sopra descritte, sono stati selezionati gli item sulla base delle indicazioni fornite dalla WHO che nel workbook sulla misurazione della soddisfazione dei clienti (World Health Organization, 2000) suggerisce l'utilizzo di una combinazione di scale di due tipi, scale che forniscono un punteggio unico della soddisfazione, e scale che valutano diversi aspetti e componenti della soddisfazione del cliente.

La selezione è avvenuta eliminando gli item riflettevano fattori considerati non correlabili alle altre dimensioni considerate in questo studio, e cioè l'empowerment e la co-creazione, dato che l'obiettivo di questo lavoro non è misurare la soddisfazione del paziente, ma in che modo essa è correlata con il suo livello di empowerment e con la partecipazione alla creazione del valore. Sono stati, quindi, esclusi item che rappresentavano la valutazione di aspetti tangibili o altri come i costi del servizio, la disponibilità del personale al di fuori dell'orario di lavoro, ecc.

Sono stati invece selezionati tutti gli item che riflettessero direttamente una delle seguenti componenti:

- soddisfazione nelle interazioni con il personale sanitario – intesa ad indagare aspetti come l'ascolto ricevuto, la disponibilità alla collaborazione e al dialogo degli operatori, la comunicazione e le informazioni ricevute, i benefici totali ottenuti dall'interazione.

- soddisfazione nei servizi ricevuti – riferito a fattori quali la tipologia di servizi offerti, semplicità e tempistica delle procedure, efficacia e appropriatezza del servizio ricevuto e la soddisfazione complessiva nel servizio.

Gli item espressi mediante domande sono stati trasformati in affermazioni delle quali valutare l'atteggiamento dell'intervistato con una scala Likert che è stata adattata in tutti i casi ai 5 punti per renderla coerente con le altre sezioni.

In totale si sono ottenuti 17 item suddivisi in due sottoscale.

CAPITOLO 5 - VALIDAZIONE DEL MODELLO DI INDAGINE: ANALISI FATTORIALE

In questo capitolo si procede alla validazione del modello costruito nel capitolo precedente al fine di verificare le ipotesi di ricerca formulate.

Attraverso la tecnica della ricerca quantitativa si parte dalla teoria per ritornare, sempre e comunque, alla stessa, grazie ad un processo di induzione che, prendendo le mosse dai risultati empirici ottenuti, si confronta con la teoria di partenza, riuscendo a confermarla o a riformularla.

Le scale per la misura del patient empowerment, della co-creazione di valore e della soddisfazione del paziente, costruite selezionando gli item dai modelli esistenti in letteratura, sono state integrate in un unico questionario somministrato ad un campione di 246 pazienti con l'obiettivo di stabilire delle relazioni tra le variabili secondo una logica di causalità che permette di individuare tutti i possibili nessi di causa ed effetto tra le variabili oggetto di studio (Macri e Tagliaventi, 2000).

In questo lavoro, come accade in genere nelle scienze sociali, le variabili di interesse teorico sono latenti, cioè concetti astratti non direttamente osservabili, la cui misurazione può avvenire soltanto in maniera indiretta mediante variabili osservabili espresse dagli item selezionati, i quali rappresentano indicatori empirici imperfetti, ossia misure consistenti in punteggi osservati e soggette ad errori nelle osservazioni. Tali indicatori riflessivi costituiscono, nel loro insieme, una scala di misurazione (De Vellis e Dancer, 1991). Sotto il profilo algebrico, la variabile latente causa le variabili osservabili, che si presumono significativamente correlate tra loro.

Al fine di validare il modello, occorre quindi verificare la coerenza interna delle variabili osservate, riuscendo a provare che esse siano in grado di misurare lo stesso costrutto in modo coerente. In secondo luogo, la verifica deve riguardare la validità delle misure, ossia la capacità delle stesse di esprimere il costrutto (affidabilità) e di riuscire a misurare effettivamente ciò che si intende misurare (validità).

La validazione del modello si effettua in questo capitolo con la tecnica dell'analisi fattoriale descritta nel capitolo 1, in particolare, la coerenza interna viene studiata con la tecnica dell'analisi dei componenti, l'affidabilità con l'indicatore Alfa di Cronbach e la validità di costrutto con l'analisi delle correlazioni di Pearson.

5.1 Somministrazione del questionario

Le scale di misura costruite sulla base della letteratura (vedi cap.4) e finalizzate ad indagare le correlazioni tra le tre dimensioni dell'Empowerment, co-creazione di valore e soddisfazione del paziente, sono state integrate in un unico questionario, disponibile all'Appendice B, e composto in totale da 90 item (57 per il PE; 29 per la VCC e 17 per la PS). Nella costruzione del modello si è adottato un approccio inclusivo, raccogliendo dai modelli presenti in letteratura tutti gli item che rappresentassero indicatori per la misura delle variabili di indagine. Gli item, dopo essere stati tradotti con il supporto di un docente madrelingua inglese, sono stati adattati nei contenuti e nella forma attraverso un confronto con due medici di base. La scelta dei medici di base è derivata dalla considerazione che essi rappresentano le figure professionali mediche a maggiore contatto con i pazienti e con i quali sono abituati a dialogare più spesso. Il parere dei medici è stato essenziale per valutare la potenziale comprensibilità degli item da parte dei pazienti e la loro adeguatezza nell'esprimere le variabili oggetto d'indagine. Tuttavia, al fine di verificare la chiarezza e la comprensibilità delle domande formulate, prima di procedere alla somministrazione, il questionario è stato sottoposto ad un ristretto campione di utenti selezionati secondo il metodo della convenienza ed intervistati personalmente. Durante il pre-test sono state evidenziati alcuni problemi di comprensione per alcune domande e sono stati raccolti suggerimenti sulla base dei quali sono stati rivisti alcuni item.

Il questionario finale è stato distribuito presso la sala d'attesa di due studi medici, uno nella città di Cassino e uno sito nella provincia di Caserta, e presso una farmacia nel comune di San Giorgio a Liri in provincia di Frosinone da settembre 2016 a gennaio 2017. La scelta del luogo di svolgimento dell'indagine è stata consequenziale alla scelta del campione d'indagine rappresentato da pazienti con una patologia cronica. La collaborazione dei medici e dei farmacisti è stata infatti necessaria per selezionare i soggetti appartenenti al campione in base alla loro conoscenza delle condizioni di salute dei propri pazienti e clienti. Il questionario è stato inoltre distribuito in via telematica tramite Google Drive a tutti i familiari e conoscenti in possesso di una patologia cronica. La possibilità di distribuire e compilare il questionario sul proprio smartphone tramite "WhatsApp" ha creato una sorta di catena, ogni intervistato girava il questionario ai propri conoscenti con una patologia cronica, consentendo di raggiungere un campione adeguato

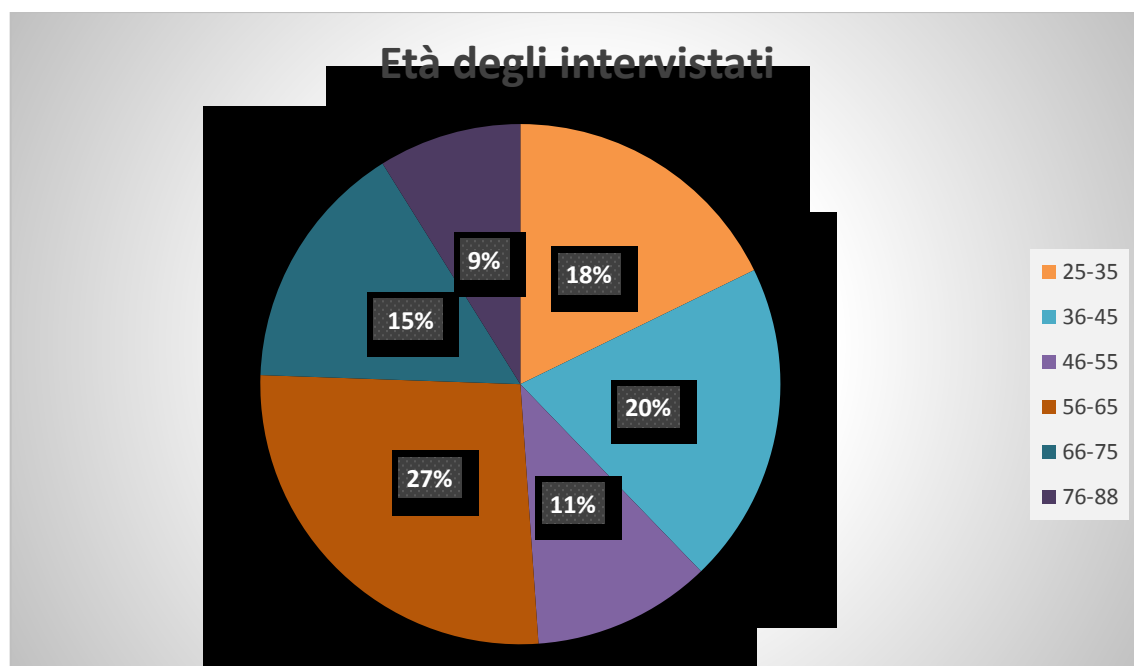
in breve tempo. Infatti, nonostante non ci siano regole precise, la metodologia indica che il numero di variabili o item da valutare debba dettare la dimensione del campione necessaria per ottenere risultati affidabili. In questo caso, l'indagine è stata sospesa quando sono stati raccolti 246 questionari rispettando le raccomandazioni di Rummel (1970) che sostiene che il rapporto tra gli item e le risposte necessarie debba essere da 1:4. Essendo la scala più lunga da validare quella del patient empowerment, composta da 57 item, il minimo di risposte da ottenere era 228.

La decisione di scegliere i pazienti cronici, anche dietro suggerimento dei medici, deriva dalla loro particolare condizione che li obbliga a convivere quotidianamente con uno stato di salute che condiziona la qualità delle loro vite e che rende necessario un confronto continuo con gli operatori sanitari e un uso costante dei servizi sanitari. Per questi pazienti la qualità dei servizi sanitari si riflette, quindi, nella qualità delle loro condizioni di vita e i rapporti con gli operatori sanitari e le percezioni relative alle loro esperienze in ambito sanitario, condizionano notevolmente il loro benessere psicologico, sociale e fisico. Inoltre, per questa tipologia di pazienti, gli aspetti indagati nel lavoro, come l'empowerment e la partecipazione al processo di creazione della salute, sono più che mai fondamentali. Una adeguata conoscenza della propria patologia e delle cure connesse, la capacità di prendere decisioni insieme ai medici, di saper comunicare efficacemente con loro e di riuscire a controllare la propria condizione, consente a questi pazienti di raggiungere una maggiore autonomia dai servizi sanitari con benefici sul loro benessere. La National Commission on Chronic Illness, definisce croniche tutte quelle patologie "caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche". Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte in quasi tutto il mondo, in Europa sono causa di circa l'86% dei decessi. Tale situazione epidemiologica ha evidentemente pesanti ricadute in termini di quantità di vita e di qualità della stessa, oltre a rappresentare un grosso fardello economico per i singoli individui, le loro famiglie, i sistemi sanitari e le società. Sviluppare le capacità di autogestione della malattia di questi pazienti, consentirebbe di applicare una serie di politiche volte alla riduzione dei costi per il Sistema Sanitario e, contemporaneamente, ad un maggiore benessere dei pazienti stessi. Si possono citare, ad esempio, le politiche di deospedalizzazione, volte a ridurre i posti letto negli ospedali, che

rappresentano la prima voce di spesa per il Sistema Sanitario, attraverso la cura dei pazienti cronici presso il loro domicilio.

L'età degli intervistati varia dai 25 agli 88 anni ma si concentra nelle fasce 25-35 e 56-65.

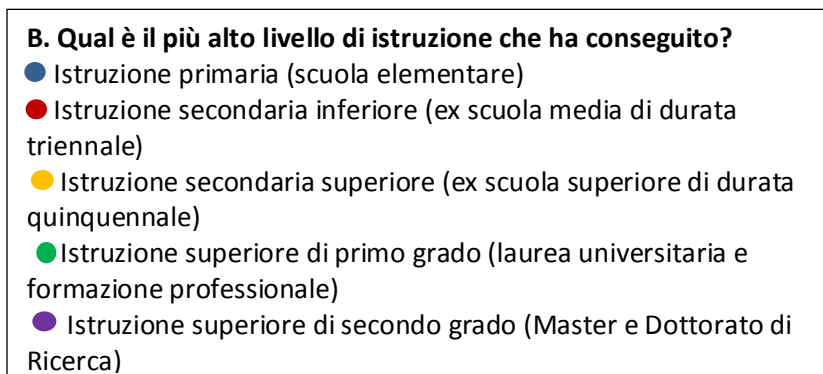
FIGURA 17: ETÀ DEGLI INTERVISTATI

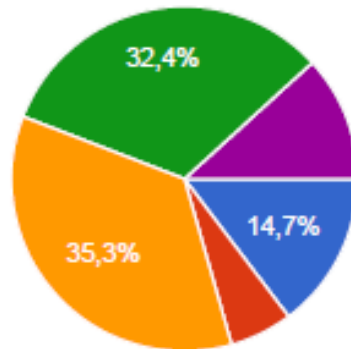


FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

Anche il livello di istruzione degli intervistati è molto variegato, dall'istruzione primaria all'istruzione superiore di secondo grado, ma la maggior parte degli intervistati possiede un'istruzione secondaria superiore o superiore di primo grado.

FIGURA 18: LIVELLO DI ISTRUZIONE DEGLI INTERVISTATI

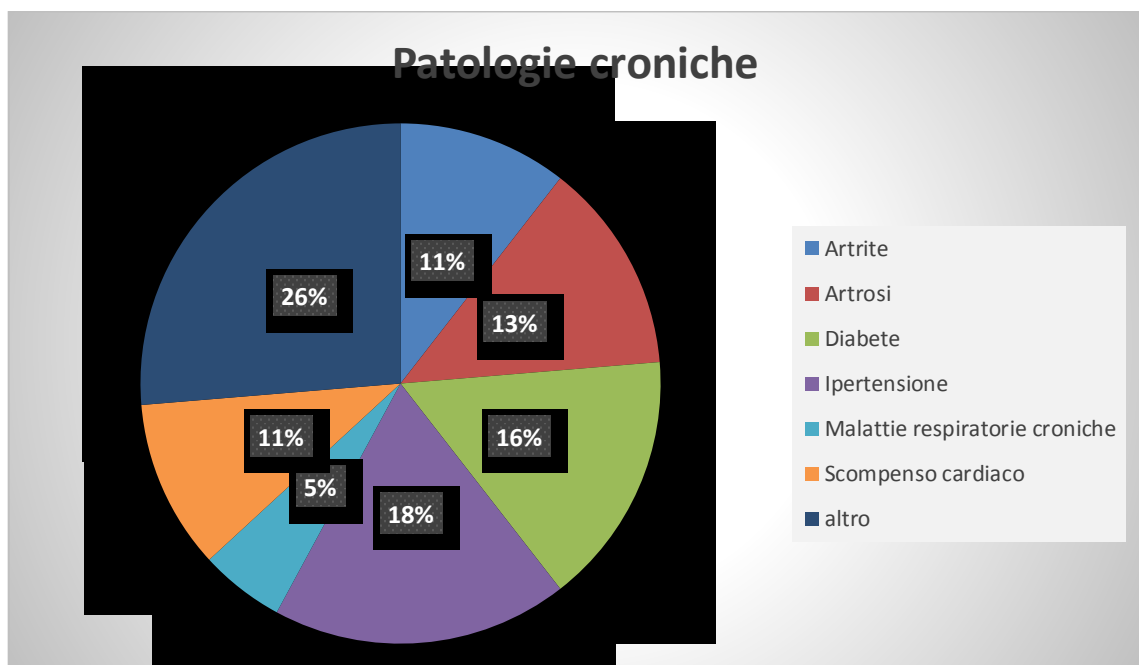




FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

Si è deciso di chiedere agli intervistati di indicare la propria patologia cronica. Su consiglio dei medici questa domanda è stata posta al termine del questionario per non urtare la sensibilità degli intervistati e demotivarli nel proseguo della compilazione nonostante fosse stato spiegato loro che il questionario era anonimo e l'unica persona a conoscenza della compilazione fosse il proprio medico di famiglia o farmacista o un conoscente che ben conosce la condizione di salute del soggetto.

FIGURA 19: PATOLOGIE CRONICHE RILEVATE



FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

Le patologie croniche maggiormente riscontrate tra i rispondenti sono l'ipertensione, il diabete e l'artrosi.

5.2 Principal Component Analysis

Per prima cosa si è proceduto ad individuare i fattori che meglio spiegano i costrutti selezionati (Defrèr et al., 2016), effettuando, come suggerito da Churchill (1979) un'analisi dei componenti principali. L'analisi dei componenti principali o PCA (Principal Component Analysis), è una tecnica per la semplificazione dei dati utilizzata nell'ambito della statistica multivariata. Lo scopo primario di questa tecnica è la riduzione di un numero più o meno elevato di variabili (rappresentanti altrettante caratteristiche del fenomeno analizzato) in alcune variabili latenti. Serve a studiare le correlazioni di un numero elevato di variabili, raggruppandole intorno ai fattori (variabili "latenti" poiché inosservabili), in modo che le variabili gravitanti su un fattore siano molto correlate; interpretare ogni fattore in base alle variabili che gli appartengono; sintetizzare l'informazione contenuta in più variabili tramite pochi fattori. Ciò avviene tramite una trasformazione lineare delle variabili che proietta quelle originarie in un nuovo sistema cartesiano nel quale le variabili vengono ordinate in ordine decrescente di varianza: pertanto, la variabile con maggiore varianza viene proiettata sul primo asse, la seconda sul secondo asse e così via. In sostanza, l'analisi fattoriale esamina la varianza che le variabili hanno in comune (varianza comune). La riduzione della complessità avviene limitandosi ad analizzare le principali (per varianza) tra le nuove variabili. L'ipotesi di base è che la correlazione tra le variabili sia determinata da dimensioni non osservabili (fattori) che in qualche modo sono causa o determinano i punteggi osservati nelle variabili e viene costruita una matrice di correlazione che mostra l'importanza (peso) di ogni variabile nel definire un fattore. Come indice di correlazione in questo lavoro si è utilizzato l'indice di Pearson. Sono state automaticamente scartate le variabili con una correlazione $<|.30|$ e ripetuta l'analisi. L'unica variabile che ha presentato un valore $<|.30|$ è la A15 nella scala dell'Health Literacy corrispondente all'item "Mi sento fiducioso nell'utilizzare le informazioni trovate per prendere decisioni sulla mia salute". L'analisi è stata quindi ripetuta senza questa variabile.

I valori assunti nella matrice di correlazione sono stati valutati attraverso due indicatori:

Indice KMO (Kaiser-Meyer-Olki): costruito comparando i coefficienti di correlazione con quelli di correlazione parziale. Questo rapporto varia tra 0 e 1. Valori bassi dell'indice suggeriscono la potenziale inadeguatezza dell'analisi dei fattori, perché le correlazioni fra coppie di variabili non possono essere spiegate dalla varianza condivisa dall'insieme delle variabili (ovvero non possono essere individuati fattori comuni). Kaiser suggerisce che valori al di sopra di 0,7 sono da ritenersi soddisfacenti, mentre valori al di sotto di 0,5 sono sostanzialmente inaccettabili (Hair et al., 2005). Tutte le sottoscale analizzate presentano valori soddisfacenti perché maggiori di 0,7, tranne la sottoscala dell'Health Literacy (HL) che presenta un valore poco inferiore (0,677) ma comunque accettabile.

Test di sfericità di Bartlett: utilizzato per verificare l'ipotesi che la matrice delle correlazioni sia una matrice identità (con 1 sulla diagonale principale e 0 altrove), ossia che le variabili siano indipendenti. Si testa l'ipotesi nulla che la matrice di correlazione è una matrice di identità. Si rifiuta questa ipotesi nulla per valori $<0,05$ (Tabachnick e Fidell, 2007). Valori bassi di questo test, e di conseguenza valori elevati di significatività (maggiori di 0,1), indicano che questa ipotesi non può essere esclusa e che l'utilizzo del modello fattoriale potrebbe non essere adeguato. Tutte le sottoscale hanno presentato una significatività del Test di Bartlett pari a 0,000, il che conferma l'utilità del modello fattoriale per ognuna di esse in quanto indica la presenza di correlazione tra le variabili che spiegano ogni singolo fattore analizzato.

Nel presente lavoro, la stima dei modelli è stata realizzata ricorrendo al metodo della massima verosimiglianza, mentre per la valutazione della bontà di adattamento è stato utilizzato il test del chi-quadrato.

Successivamente è stata costruita la matrice di componenti che indica la correlazione dei fattori estratti con le variabili osservate e permette l'interpretazione dei fattori. Componente per componente si individuano le variabili con un elevato indice di correlazione (si considera solo il valore assoluto, poiché interessa l'entità ma non il "verso" della correlazione) ossia un indice maggiore di $|0,5|$. Il fattore con valore più elevato sarà quindi quello che "attirerà" la maggior parte dei coefficienti espressivi delle correlazioni tra le variabili e lo stesso fattore. Questa matrice contiene pesi fattoriali non ruotati, che sono le correlazioni tra la variabile e il fattore. Ci sono due componenti (la

prima e la seconda colonna) che contengono gruppi di variabili correlate. Trattandosi di correlazioni, i valori possibili vanno da -1 a +1. Sono state eliminate automaticamente correlazioni pari a 0.3 o meno. Questo rende l'output più leggibile eliminando l'ingombro di basse correlazioni che probabilmente non sono significative.

5.2.1 Analisi dei componenti principali della scala per il Patient Empowerment

Primo set di variabili: fattore A- sottoscala Health Literacy

TABELLA 9: TEST KMO E DI BARTLETT PER LA SOTTOSCALA HL

Misura di adeguatezza campionaria KMO (Keiser Meyer Olkin).		,677
	Chi-quadrato appross.	320,189
Test di sfericità di Bartlett	df	91
	Sig.	,000

TABELLA 10: MATRICE DEI COMPONENTI^A SOTTOSCALA HL

	Componente	
	1	2
A1 Ho trovato parole che non conoscevo		,807
A2 Ho avuto difficoltà nel comprenderne il contenuto		,744
A3 Ho avuto bisogno di molto tempo per leggere e comprendere	,330	,777
A4 Ho avuto bisogno che qualcuno mi aiutasse a leggere e comprendere	,422	,585
A5 Sono in grado di comprendere i risultati degli esami clinici	,576	
A6 Riesco a comprendere la natura e le cause delle mie condizioni di salute	,477	-,363
A7 Ho raccolto le informazioni da varie fonti	,749	
A8 Ho estratto le informazioni più rilevanti per la mia patologia	,700	
A9 Ho compreso le informazioni ottenute	,785	
A10 Mi sono accertato che le informazioni ottenute fossero adeguate per la mia patologia	,699	
A11 Ho controllato che le informazioni ottenute fossero valide, affidabili e credibili	,730	
A12 So come trovare informazioni utili	,557	
A13 So come utilizzare le informazioni che trovo su Internet	,454	-,301
A14 Riesco a distinguere le informazioni di alta qualità da quelle di bassa qualità	,556	
Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali.		
A. 2 componenti estratti.		

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

La matrice dei componenti indica che per il primo componente esiste una correlazione dei fattori estratti con le variabili osservate tranne per gli item A3 e A4 (“Ho avuto bisogno di molto tempo per leggere e comprendere” e “Ho avuto bisogno che qualcuno mi aiutasse a leggere e comprendere”) che presentano un indice di correlazione $<|.50|$. Tuttavia, si decide di lasciare queste variabili nel modello perché presentano un indice sufficiente per la seconda componente. Infatti l'analisi mostra che gli indicatori A1, A2, A3 e A4 potrebbero formare una variabile indipendente perché presentano una correlazione molto alta nel secondo componente, tuttavia si decide di non creare un nuovo fattore perché siamo al minimo numero di item necessari per assicurare un'adeguata affidabilità della coerenza interna che può essere ottenuta con quattro o cinque item per scala (Harvey, Billings e Nilan, 1985; Hinkin e Schriesheim, 1989), quindi vengono lasciati nel fattore principale.

Gli indicatori A6 (“Riesco a comprendere la natura e le cause delle mie condizioni di salute”) e A13 (“So come utilizzare le informazioni che trovo su Internet”) invece presentano valori non sufficienti perché inferiori a $|.50|$ sia nella prima che nella seconda componente e vengono quindi eliminati.

Secondo set di variabili: fattore B – sottoscala Patient Participation

TABELLA 11: TEST KMO E DI BARTLETT PER LA SOTTOSCALA PP

Misura di adeguatezza campionaria KMO (Keiser Meyer Olkin).		.801
	Chi-quadrato appross.	319,826
Test di sfericità di Bartlett	df	105
	Sig.	.000

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

TABELLA 12: MATRICE DEI COMPONENTI^A SOTTOSCALA PP

	Componente	
	1	2
B1 Partecipo nella definizione degli obiettivi con i medici	,665	-,379
B2 Lavoro in squadra con i miei medici e altri operatori sanitari	,667	
B3 Preferisco raccogliere più informazioni possibili sulle alternative di trattamento	,559	
B4 Cerco di esprimere ai medici le mie preferenze per il trattamento	,611	,377
B5 Ho il coraggio di avere un approccio personale e condividere i miei pensieri con gli operatori sanitari	,689	,367
B6 Partecipo attivamente alle decisioni riguardanti la mia assistenza sanitaria	,632	
B7 Sono consapevole di poter scegliere tra diverse opzioni di trattamento	,662	,464
B8 Conosco le diverse opzioni di trattamento disponibili per la mia patologia	,692	
B9 Sono in grado di rifiutare una decisione presa dal medico sul mio trattamento	,638	
B10 Mi sento sicuro nella scelta tra le diverse opzioni di trattamento	,426	,344
B11 Sono consapevole di poter cambiare idea circa un trattamento	,663	
B12 Parlo con il mio medico se cambio idea circa il mio trattamento	,684	
B13 Rifiuto un trattamento se penso che non sia la cosa migliore per me	,441	
B14 Partecipo attivamente ai programmi di trattamento e di assistenza sanitaria	,569	-,630
B15 Quando gli obiettivi non vengono raggiunti, discuto con il medico come regolare eventuali attività di auto-cura	,583	-,307
Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali.		
a. 2 componenti estratti.		

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

L'analisi mostra che due indicatori presentano valori $<|.50|$, specificamente gli item B10 (“Mi sento sicuro nella scelta tra le diverse opzioni di trattamento”) e B13 (“Rifiuto un trattamento se penso che non sia la cosa migliore per me”). Nel secondo componente non risultano correlazioni che suggeriscano la creazione di un nuovo fattore.

Terzo set di variabili: Fattore C – Patient Control

TABELLA 13: TEST KMO E DI BARTLETT PER LA SOTTOSCALA PC

Misura di adeguatezza campionaria KMO (Keiser Meyer Olkin).		,750
	Chi-quadrato appross.	308,226
Test di sfericità di Bartlett	df	91
	Sig.	,000

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

TABELLA 14: MATRICE DEI COMPONENTI^A SOTTOSCALA PC

	Componente	
	1	2
C1 Mi impegno a mantenere al meglio il mio stato di salute	,676	-,360
C2 Sono bravo nell'usare ausili e dispositivi medici per rendere la mia vita più facile	,639	-,301
C3 Osservo con diligenza il mio stato di salute e faccio tutto ciò che è necessario per mantenerlo	,642	
C4 So quando il mio stile di vita mi crea problemi di salute	,661	
C5 Prendo sul serio l'impegno per il mio trattamento	,765	
C6 Ho le competenze che mi permettono di tenere la mia condizione sotto controllo	,543	,384
C7 Seguo le raccomandazioni dei medici (ad esempio, esercizio fisico regolare e dieta)	,537	
C8 Seguo le indicazioni di auto-cura necessarie per prevenire complicazioni	,671	
C9 Visito periodicamente lo specialista per controllare l'andamento della mia patologia	,680	-,378
C10 Sono in grado di mantenere i cambiamenti dello stile di vita necessari per la mia salute	,775	
C11 So come prevenire ulteriori problemi per il mio stato di salute	,495	,662
C12 Conosco gli auto-trattamenti per la mia condizione di salute	,451	,485
C13 So come ridurre al minimo l'impatto dei sintomi della mia patologia nella vita quotidiana	,437	,494
C14 Sono in grado di gestire la mia condizione di salute da solo a casa	,372	,392
Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali.		
a. 2 componenti estratti.		

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

La matrice dei componenti indica che esiste una correlazione dei fattori estratti con le variabili osservate che presentano valori $> |.50|$ tranne per gli item C11 (“So come

prevenire ulteriori problemi per il mio stato di salute”), C12 (“Conosco gli auto-trattamenti per la mia condizione di salute”) e C14 (“Sono in grado di gestire la mia condizione di salute da solo a casa”). Queste variabili vengono eliminate tranne la C11 che presenta valori accettabili nel secondo componente. Il secondo componente mostra che alcune variabili sono correlate tra loro e potrebbero spiegare un altro fattore, tuttavia, con valori inadeguati.

Quarto set di variabili: Fattore D – Communication with Healthcare Professionals

TABELLA 15: TEST KMO E DI BARTLETT PER LA SOTTOSCALA CHP

Misura di adeguatezza campionaria KMO (Keiser Meyer Olkin).		,740
	Chi-quadrato appross.	363,544
Test di sfericità di Bartlett	df	78
	Sig.	,000

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

TABELLA 16: MATRICE DEI COMPONENTI^A SOTTOSCALA CHP

	Componente	
	1	2
D1 Esprimo sempre la mia opinione	,720	
D2 Esprimo liberamente sentimenti negativi	,546	,561
D3 Comunico con molta confidenza	,593	,576
D4 Fornisco fiduciosamente tutte le informazioni di cui hanno bisogno	,649	
D5 Faccio tutte le domande per ottenere le risposte di cui ho bisogno	,737	
D6 Chiedo di spiegare nuovamente quello che non capisco	,734	
D7 Descrivo dettagliatamente i miei sintomi	,761	
D8 Descrivo la mia storia clinica e le allergie con molta precisione	,783	
D9 Racconto con sincerità le mie abitudini e stili di vita anche quando dannosi per la salute	,512	-,570
D10 Ammetto quando non seguo le indicazioni o il trattamento come prescritto	,648	-,401
D11 Riesco a dialogare con semplicità	,711	
D12 Chiedo sempre informazioni aggiuntive	,640	
D13 Pretendo di essere ascoltato	,582	
Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali.		
a. 2 componenti estratti.		

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

Nella scala della comunicazione con gli operatori sanitari vengono conservati tutti gli item perché la matrice mostra risultati $>|.60|$. Il secondo componente mostra una correlazione, tra l'altro non significativa, tra sole tre variabili, viene quindi ignorata.

5.2.2 Analisi dei componenti principali della scala per la Co-Creazione di Valore

Primo set di variabili: Fattore E – Customer Participation Behavior

TABELLA 17: TEST KMO E DI BARTLETT PER LA SOTTOSCALA CPB

Misura di adeguatezza campionaria KMO (Keiser Meyer Olkin).		,763
	Chi-quadrato appross.	529,439
Test di sfericità di Bartlett	df	120
	Sig.	,000

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

TABELLA 18: MATRICE DEI COMPONENTI^A SOTTOSCALA CPB

	Componente	
	1	2
E1 Ho chiesto ad altre persone informazioni sul servizio	,594	,311
E2 Ho cercato informazioni su come ottenere il servizio	,666	
E3 Ho osservato il comportamento degli altri utenti al fine di utilizzare al meglio il servizio	,367	,361
E4 Ho spiegato chiaramente cosa volevo che gli operatori sanitari facessero	,565	
E5 Ho dato le informazioni corrette agli operatori sanitari	,622	
E6 Ho fornito tutte le informazioni necessarie agli operatori sanitari per svolgere i loro compiti	,587	
E7 Ho risposto a tutte le domande degli operatori sanitari	,778	
E8 Ho eseguito tutti i compiti che mi sono stati assegnati dagli operatori sanitari	,648	,515
E9 Ho adeguatamente rispettato tutti i comportamenti che gli operatori sanitari si attendevano da me.	,722	
E10 Ho tenuto un comportamento responsabile verso gli operatori sanitari	,705	

E11	Ho seguito le direttive o gli ordini degli operatori sanitari	,756	
E12	Sono stato amichevole con gli operatori sanitari	,830	
E13	Sono stato gentile con gli operatori sanitari	,748	-,432
E14	Sono stato educato con gli operatori sanitari	,760	
E15	Sono stato cortese con gli operatori sanitari	,689	-,409
E16	Non sono stato sgarbato con con gli operatori sanitari	,598	
Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali.			
a. 2 componenti estratti.			

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

La matrice dei componenti indica che tutte le variabili mostrano una correlazione con i fattori estratti con valori $>|.50|$ tranne l'item E3 ("Ho osservato il comportamento degli altri utenti al fine di utilizzare al meglio il servizio") che viene di conseguenza eliminato.

Secondo set di variabili: Fattore F – Customer Citizenship Behavior

TABELLA 19: TEST KMO E DI BARTLETT PER LA SOTTOSCALA CPB

Misura di adeguatezza campionaria KMO (Keiser Meyer Olkin).		,708
Chi-quadrato appross.		269,249
Test di sfericità di Bartlett	df	78
	Sig.	,000

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

TABELLA 20: MATRICE DEI COMPONENTIA SOTTOSCALA CCB

	Componente	
	1	2
F1 Se ho un'idea utile su come migliorare il servizio, la comunico agli operatori sanitari	,403	
F2 Quando ricevo un buon servizio dagli operatori, lascio un commento al riguardo	,531	
F3 Quando si verifica un problema, lo comunico agli operatori sanitari	,720	
F4 Ho parlato positivamente ad altre persone del servizio ricevuto e degli operatori sanitari.	,754	
F5 Ho consigliato ad altre persone il servizio e gli operatori sanitari	,784	
F6 Ho incoraggiato amici e parenti a utilizzare il servizio e gli operatori sanitari	,694	

F7	Assisto gli altri pazienti se ne hanno bisogno	,496	,392
F8	Aiuto gli altri pazienti se sembrano avere problemi	,587	
F9	Insegno ad altri pazienti come utilizzare il servizio in modo corretto	,681	
F10	Do consigli ad altri pazienti.	,634	
F11	Se il servizio non viene erogato come previsto, sono disposto a sopportarlo		,675
F12	Se un operatore commette un errore durante l'erogazione del servizio, sono disposto ad essere tollerante		,732
F13	Se devo più dei normali tempi di attesa per ricevere il servizio, sono disposto ad adattarmi		,822
Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali.			
a. 2 componenti estratti.			

Fonte: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

La matrice mostra due fattori con valori insoddisfacenti, F1 (“Se ho un'idea utile su come migliorare il servizio, la comunico agli operatori sanitari”) e F7 (“Assisto gli altri pazienti se ne hanno bisogno”) che vengono eliminati. Il secondo componente mostra una correlazione molto alta tra tre item (F11, F12 e F13) che potrebbero spiegare un nuovo fattore. In effetti nel modello di Yi e Gong (2013) questi item corrispondono all'indicatore della tolleranza, tuttavia sono in numero insufficiente per creare un nuovo fattore.

5.2.3 Analisi dei componenti principali della scala per la Soddisfazione del Paziente

Primo set di variabili: Fattore G – Satisfaction with Professionals Interaction (SPI)

TABELLA 21: TEST KMO E DI BARTLETT PER LA SOTTOSCALA SPI

Misura di adeguatezza campionaria KMO (Keiser Meyer Olkin).		,776
	Chi-quadrato appross.	183,361
Test di sfericità di Bartlett	df	28
	Sig.	,000

Fonte: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

TABELLA 22: MATRICE DEI COMPONENTI^A SOTTOSCALA SPI

	Componente	
	1	2
G1 Conoscenze professionali e competenze dei medici e degli operatori sanitari	,694	-,517
G2 Capacità di ascolto e di comprensione dei problemi	,601	,413
G3 Rispetto della privacy e dei diritti del paziente	,798	
G4 Disponibilità a fornire maggiori informazioni	,759	
G5 Spiegazione delle procedure cliniche specifiche	,706	-,485
G6 Disponibilità alla collaborazione	,714	
G7 Quantità di aiuto ricevuta	,699	
G8 Contributo ricevuto per il miglioramento della qualità di vita	,666	,568
Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali.		
a. 2 componenti estratti.		

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

La matrice dei componenti indica che tutte le variabili mostrano una correlazione con i fattori estratti con valori $> 0,6$. Il secondo componente mostra una correlazione tra numerose variabili tuttavia si decide di ignorarla perché con valori bassi rispetto al primo componente o non significativi.

Secondo set di variabili: Fattore H - Satisfaction with Healthcare Service (SHS)

TABELLA 23: TEST KMO E DI BARTLETT PER LA SOTTOSCALA SHS

Misura di adeguatezza campionaria KMO (Keiser Meyer Olkin).		,783
	Chi-quadrato appross.	227,138
Test di sfericità di Bartlett	df	36
	Sig.	,000

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

TABELLA 24: MATRICE DEI COMPONENTIA SOTTOSCALA SHS

	Componente	
	1	2
H1 Semplicità delle procedure e tempestività	,714	
H2 Tipologia dei servizi offerti	,512	,606
H3 Benefici ottenuti sul benessere e prevenzione delle ricadute	,541	
H4 Efficacia dei servizi per alleviare i sintomi	,495	,694
H5 Ho ricevuto il servizio che desideravo	,707	
H6 Il trattamento ricevuto è stato in linea con le mie esigenze	,743	
H7 Se un amico si trovasse nella mia stessa condizione gli consiglierei lo stesso trattamento	,818	
H8 I servizi che ho ricevuto mi hanno aiutato ad affrontare in modo più efficace i problemi	,797	-,429
H9 Sono complessivamente soddisfatto dei servizi ricevuti	,816	-,384
Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali.		
a. 2 componenti estratti.		

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

Tutte le variabili presentano valori superiori a 0,5, quindi non viene eliminato alcun item.

5.3 Analisi di affidabilità del costrutto (Reliability)

Dopo la matrice di componenti, come consigliato da Jolliffe (2002), è stata verificata l'affidabilità di ogni scala di misurazione risultante a seguito dell'ACP attraverso il coefficiente alpha di Cronbach che è una misura utilizzata per valutare la coerenza interna di un insieme di elementi di una scala. In altre parole, l'affidabilità di qualsiasi scala si riferisce al grado in cui essa rappresenta una misura consistente di un concetto, e l'alfa di Cronbach è un modo per misurare la forza di tale coerenza. Valori superiori a .70 indicano una coerenza soddisfacente (Capelli et al., 2010).

Tutte le scale presentano ottimi valori in termini di coerenza interna, con alfa di Cronbach > di .70.

TABELLA 25: TEST DI AFFIDABILITÀ CON ALFA DI CRONBACH

Scala	N. Item	Alfa di Cronbach	Alfa di Cronbach basata su item standardizzati
<i>Patient Empowerment (PE)</i>			
Health Literacy (HL)	14	,814	,814
Patient Participation (PP)	15	,881	,881
Patient Control (PC)	14	,863	,863
Communication with Healthcare Professionals (CHP)	13	,894	,894
<i>Value Co-Creation (VCC)</i>			
Customer Participation Behavior (CPB)	16	,916	,916
Customer Citizenship Behavior (CCB)	13	,772	,765
<i>Patient Satisfaction (PS)</i>			
Satisfaction with Professionals Interaction (SPI)	8	,856	,855
Satisfaction with Healthcare Service (SHS)	9	,859	,859

Fonte: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

5.4 Validità di costrutto

La validità è il grado in cui uno strumento misura ciò che dice di misurare. Si tratta di “un giudizio complessivo della misura in cui prove empiriche e principi teorici supportano l’adeguatezza e l’appropriatezza delle conclusioni basate su punteggi al test (Messick, 1989). La validità di costrutto - cerca di verificare se un punteggio al test misura il costrutto d’interesse.

In questo caso, l’obiettivo del modello di indagine è quello di verificare la correlazione tra tre elementi: l’Empowerment del paziente, la co-creazione di valore e la soddisfazione del paziente. Si fa riferimento quindi ad una validità convergente e si va a verificare la correlazione tra i tre costrutti di base inclusi nel modello.

La correlazione bivariata di Pearson indica quanto segue:

- se esiste una relazione lineare statisticamente significativa tra due variabili continue
- La forza di una relazione lineare (cioè quanto il rapporto è vicino ad essere una linea retta)
- La direzione di una relazione lineare (crescente o decrescente)

Test di significatività, 000 dimostra che la correlazione è significativa <0.05

5.4.1 Correlazione tra Patient Empowerment e co-creazione di valore

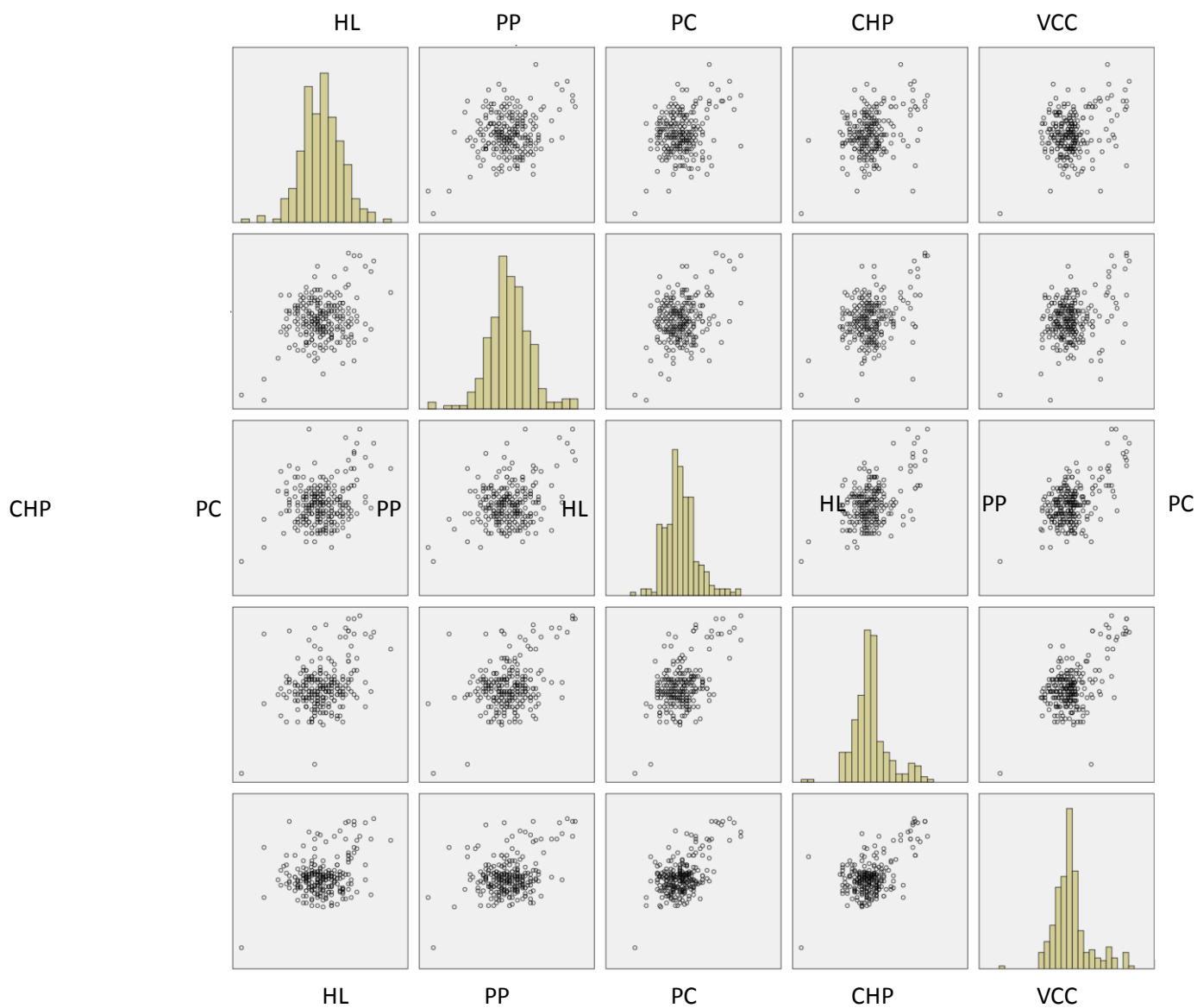
TABELLA 26: CORRELAZIONE TRA I FATTORI DEL PATIENT EMPOWERMENT E DELLA CO-CREAZIONE DI VALORE

		Correlazioni ^b					
		CPB	CCB	HL	PP	PC	CHP
CPB	Correlazione di Pearson	1	,754**	,483**	,515**	,732**	,728**
	Sig. (2-code)		,000	,000	,000	,000	,000
CCB	Correlazione di Pearson	,754**	1	,432**	,478**	,619**	,694**
	Sig. (2-code)	,000		,001	,000	,000	,000
HL	Correlazione di Pearson	,483**	,432**	1	,521**	,502**	,461**
	Sig. (2-code)	,000	,001		,000	,000	,000
PP	Correlazione di Pearson	,515**	,478**	,521**	1	,577**	,543**
	Sig. (2-code)	,000	,000	,000		,000	,000
PC	Correlazione di Pearson	,732**	,619**	,502**	,577**	1	,684**
	Sig. (2-code)	,000	,000	,000	,000		,000
CHP	Correlazione di Pearson	,728**	,694**	,461**	,543**	,684**	1
	Sig. (2-code)	,000	,000	,000	,000	,000	

** . La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

FIGURA 20: CORRELAZIONE TRA PATIENT EMPOWERMENT E CO-CREAZIONE DI VALORE



Fonte: Elaborazione dell'autore

L'analisi mostra che vi è una correlazione lineare positiva tra le dimensioni dell'empowerment e quelle della co-creazione di valore

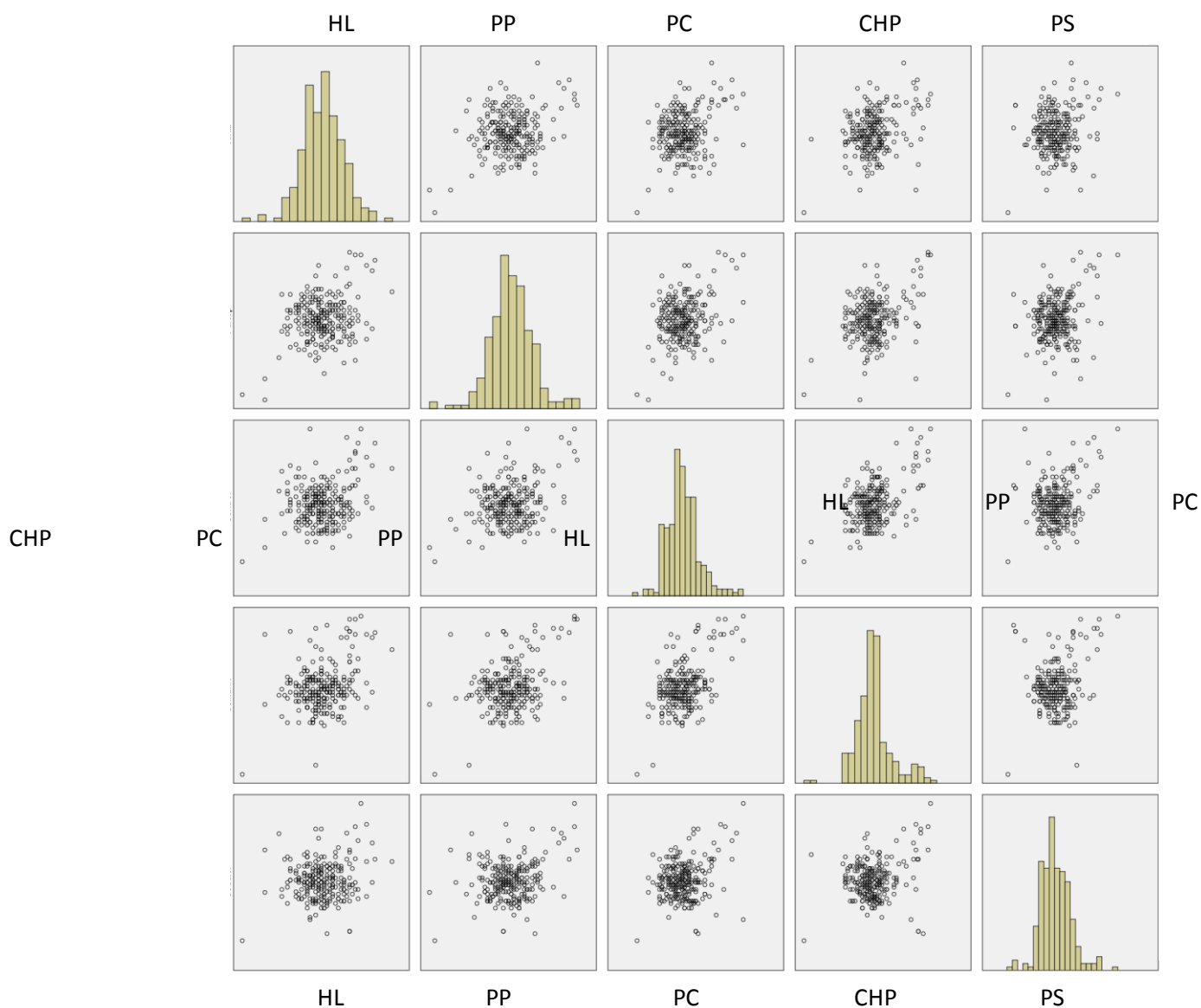
5.4.2 Correlazione tra Patient Empowerment e soddisfazione del paziente

TABELLA 27: CORRELAZIONE TRA I FATTORI DEL PATIENT EMPOWERMENT E DELLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

		Correlazioni ^c					
		HL	PP	PC	CHP	SPI	SHS
HL	Correlazione di Pearson	1	,468**	,461**	,445**	,168	,202
	Sig. (2-code)		,000	,000	,001	,211	,132
PP	Correlazione di Pearson	,468**	1	,539**	,534**	,347**	,371**
	Sig. (2-code)	,000		,000	,000	,008	,004
PC	Correlazione di Pearson	,461**	,539**	1	,678**	,432**	,313*
	Sig. (2-code)	,000	,000		,000	,001	,018
CHP	Correlazione di Pearson	,445**	,534**	,678**	1	,333*	,201
	Sig. (2-code)	,001	,000	,000		,011	,134
SPI	Correlazione di Pearson	,168	,347**	,432**	,333*	1	,711**
	Sig. (2-code)	,211	,008	,001	,011		,000
SHS	Correlazione di Pearson	,202	,371**	,313*	,201	,711**	1
	Sig. (2-code)	,132	,004	,018	,134	,000	
** . La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).							
* . La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).							

FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

FIGURA 21: CORRELAZIONE TRA PATIENT EMPOWERMENT E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE



FONTE: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

Questa analisi mostra che esiste una correlazione lineare tra i fattori dell'empowerment e quelli della soddisfazione del paziente tranne che nel caso dell'Health literacy che non mostra una correlazione significativa con la soddisfazione. La dimensione della comunicazione con i professionisti sanitari, invece, sembra non essere correlata solo con il fattore della soddisfazione nei servizi sanitari, al contrario, mostra una correlazione

significativa con la soddisfazione nelle interazioni con gli operatori come dovrebbe essere per logica.

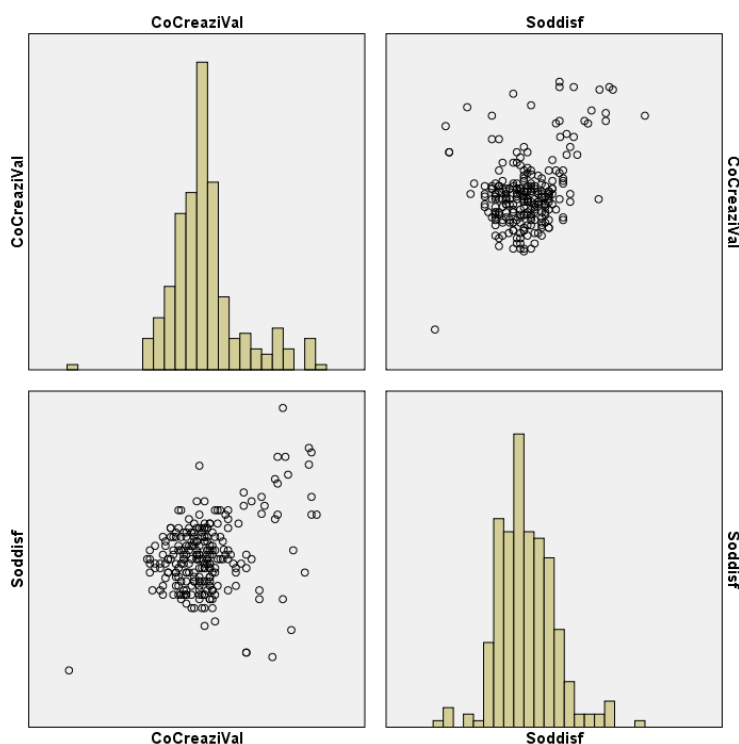
5.4.3 Correlazione tra co-creazione di valore e soddisfazione del paziente

TABELLA 28: CORRELAZIONE TRA I FATTORI DELLA CO-CREAZIONE DI VALORE E DELLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

		CPB	CCB	SPI	SHL
CPB	Correlazione di Pearson	1	,752**	,482**	,287*
	Sig. (2-code)		,000	,000	,030
CCB	Correlazione di Pearson	,752**	1	,583**	,378**
	Sig. (2-code)	,000		,000	,004
SPI	Correlazione di Pearson	,482**	,583**	1	,711**
	Sig. (2-code)	,000	,000		,000
SHL	Correlazione di Pearson	,287*	,378**	,711**	1
	Sig. (2-code)	,030	,004	,000	
** . La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).					
* . La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).					

Fonte: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

FIGURA 22: CORRELAZIONE TRA CO-CREAZIONE DI VALORE E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE



Fonte: ELABORAZIONE DELL'AUTORE

Da questa analisi emerge che esiste una correlazione lineare significativa tra le variabili della co-creazione di valore e della soddisfazione del paziente.

L'analisi fattoriale conferma la validità del modello costruito. In particolare, l'analisi dei componenti ha consentito di ridurre il modello, che era troppo lungo, individuando tutti gli item che rappresentavano dei fattori scarsamente correlati con le variabili osservate. Dei 90 item iniziali, sono stati eliminati 10. L'analisi di affidabilità mostra buoni risultati per tutte le scale del modello assumendo valori dell'alfa di Cronbach superiori a .70. Per quanto riguarda la validità di costrutto il modello mostra una Validità Convergente - Alta Correlazione con altre Misure dello stesso Costrutto in base alla quale si desume che il modello sia in grado di misurare ciò che dovrebbe misurare, ovvero la correlazione tra le variabili dell'empowerment, co-creazione e soddisfazione.

Conclusioni

In un periodo di grande difficoltà per il Servizio Sanitario Nazionale, questo lavoro analizza l'importanza del coinvolgimento del paziente nella gestione sanitaria ipotizzando l'esistenza di una correlazione positiva tra tre variabili fondamentali per una sanità "centrata sul paziente": patient empowerment, co-creazione di valore e soddisfazione del paziente.

L'analisi statistica svolta nel Capitolo 5 fornisce i seguenti risultati in merito alla validazione delle ipotesi di ricerca:

<i>H. 1: Le risorse e le competenze che il paziente applica e scambia nei processi di co-creazione di valore dipendono dal suo livello di empowerment.</i>	Confermata	L'analisi mostra una correlazione lineare positiva e significativa tra le dimensioni dell'empowerment e i fattori della co-creazione di valore.
<i>H. 2: L'empowerment del paziente, nelle sue componenti principali, ha effetti positivi sulla soddisfazione del paziente nei servizi sanitari.</i>	Parzialmente confermata	L'analisi mostra una correlazione lineare positiva e significativa tra due dimensioni dell'empowerment (Patient Control e Patient Participation) e la soddisfazione del paziente. L'Health literacy non mostra correlazione significativa con la soddisfazione mentre la comunicazione con i professionisti sanitari è correlata soltanto alla soddisfazione nelle interazioni con gli operatori sanitari e non è correlata alla soddisfazione con i servizi sanitari.
<i>H. 3: La partecipazione del paziente al processo di co-creazione del valore "salute" influenza positivamente il suo grado di soddisfazione nei servizi sanitari.</i>	Confermata	L'analisi mostra una correlazione lineare positiva tra le variabili della co-creazione e della soddisfazione
<i>H. 4: Una maggiore soddisfazione del paziente nei servizi sanitari lo stimola ad incrementare il suo livello di empowerment.</i>	Parzialmente confermata	Le variabili della soddisfazione sono correlate positivamente solo alle dimensioni della partecipazione e del controllo del paziente, mentre non sono correlate all'alfabetizzazione sanitaria. Solo la soddisfazione nelle interazioni con gli operatori sanitari è correlata positivamente con la capacità comunicazione con gli stessi.
<i>H. 5: Una maggiore soddisfazione del paziente nei servizi sanitari incentiva la sua partecipazione al processo di creazione del valore "salute".</i>	Confermata	L'analisi mostra una correlazione lineare positiva e significativa tra le variabili della co-creazione di valore e dell'empowerment.

I risultati suddescritti indicano che la partecipazione e il coinvolgimento del paziente nella co-creazione del valore “salute” attraverso il potenziamento delle sue risorse e competenze, può avere effetti positivi sul miglioramento della qualità del servizio sanitario espressa dalla soddisfazione del paziente. Di conseguenza il management sanitario, ancora molto legato alla performance delle organizzazioni sanitarie, dovrebbe avviare un cambio di prospettiva verso una logica orientata al coinvolgimento dei pazienti come fattore di successo. Tale logica si è già diffusa nella disciplina del marketing determinando un’importante evoluzione. Già da diversi decenni numerosi studiosi di marketing hanno iniziato a ritenere inadeguata la tradizionale logica del marketing (G-D) basata sullo scambio di beni fisici e logiche transazionali e hanno introdotto diverse sub-discipline, per superare i suoi limiti, confluite in una nuova logica proposta da Vargo e Lusch (2004) e chiamata Service-Dominant logic perché basata sulla supremazia dei servizi e delle risorse intangibili. Come mostra l’analisi bibliometrica nel Capitolo 2, il concetto teorico di questa nuova logica, maggiormente studiato e che ha suscitato grande interesse nella comunità scientifica, è quello della co-creazione di valore, vale a dire il valore non può essere creato dal fornitore del servizio ma è il risultato di un processo interattivo tra i vari attori coinvolti che vede uno scambio di risorse e competenze tra gli stessi. Questo passaggio di prospettiva nel marketing si è reso necessario a seguito di alcuni cambiamenti che hanno interessato il mercato negli ultimi anni come la crescita della complessità e della concorrenza che ha enfatizzato l’importanza delle risorse intangibili (conoscenza, relazioni) come fonte di vantaggio competitivo; l’evoluzione dei consumatori in soggetti sempre più informati e consapevoli che richiedono offerte personalizzate attivandosi personalmente nella creazione delle stesse e l’evoluzione delle ICT che ha creato nuovi stili di vita basati sulle interazioni continue e costanti rendendo obsoleti i tradizionali strumenti di comunicazione del marketing. Gli stessi cambiamenti li possiamo riscontrare anche nel settore sanitario dove la complessità è cresciuta a causa della diffusione di malattie croniche multiple, dell’aumento della concorrenza tra organizzazioni pubbliche e private e dei tagli alla spesa pubblica. Anche il paziente, che può essere considerato come il cliente delle organizzazioni sanitarie, è cambiato, sviluppando una nuova conoscenza e coscienza sociale, acquisendo consapevolezza e partecipando attivamente e personalmente all’azione di informazione. Oltre ad affidarsi al proprio medico, valuta lui stesso le informazioni che recepisce e si rende partecipe della

creazione di un'offerta sanitaria basata sulle proprie esigenze. Questo aspetto è rappresentato, ad esempio, dal diffuso utilizzo che molti consumatori fanno delle comunità online per avere informazioni sulla salute e sull'assistenza sociale (Loane et al., 2014) e per scambiare informazioni (Rantala e Karjaluoto, 2016).

Queste trasformazioni avvenute in ambito sanitario rendono la logica basata sul servizio e, più in particolare, sulla co-creazione di valore di forte interesse per il management sanitario; infatti, a partire dal 2006, i contributi nella letteratura sulla co-creazione di valore in sanità continuano ad aumentare, come mostra la revisione della letteratura nel Capitolo 2.

Creare valore con i pazienti significa che gli operatori sanitari devono comprendere le esigenze e gli obiettivi dei pazienti e adottare un approccio volto al coinvolgimento in modo olistico al fine di generare esperienze positive e potenziare la fiducia dei pazienti nelle consultazioni (Osei-Frimpong, 2016). Le interazioni tra fornitori e pazienti sono dunque momenti cruciali durante i quali entrambi sono responsabili in maniera congiunta del successo del servizio e della creazione di un valore positivo per tutti gli stakeholder. I pazienti dispongono di risorse fondamentali per la creazione di valore (Zainuddin et al., 2013), come le informazioni. Gli operatori, a loro volta, hanno la responsabilità di istruire e gestire efficacemente i pazienti (Gill et al., 2011), raccogliere e analizzare le informazioni necessarie di cui dispongono, ad esempio attraverso l'uso di diari da parte dei pazienti (Elg et al., 2012), cogliere i giudizi dei pazienti circa il loro grado di soddisfazione per il servizio e interpretare i loro feedback (Zhanga et al., 2015; Eriksson et al., 2016).

Il momento dell'interazione influenza il valore esperienziale percepito dal paziente (Mathwick et al., 2001) e la sua valutazione della soddisfazione (Osei-Frimpong, 2016). Per le organizzazioni sanitarie e per i policy makers, diventa dunque necessario comprendere come gli individui possano essere coinvolti nella co-creazione di valore per gestire al meglio la loro esperienza sanitaria (McColl-Kennedy et al. 2012). La letteratura mostra che gli individui possono partecipare alla creazione dell'offerta sanitaria attraverso diversi comportamenti, attitudini mentali e modelli di co-creazione (McColl-Kennedy et al. 2009; 2012; Nambisan e Nambisan, 2009). La partecipazione del paziente può avvenire ad esempio attraverso l'involvement, l'engagement o il self-engagement, termini spesso usati come sinonimi ma che, in realtà, esprimono un diverso livello di

impegno e di intensità di interazione da parte del cliente come integratore di risorse nel contesto della co-creazione di valore, ma anche un ruolo diverso nella gestione dell'interazione (Vargo, 2008; Lusch e Vargo, 2006).

In realtà, il termine più conosciuto e in uso in ambito sanitario è l'empowerment del paziente, divenuto obiettivo delle politiche sanitarie in molti paesi. Nonostante la confusione sul significato di questo concetto, per il quale non esiste una definizione e una descrizione condivisa, dall'analisi di tutte le definizioni presenti in letteratura (capitolo 3), lo si può più comunemente definire come un processo sociale di riconoscimento, promozione e miglioramento delle capacità dei pazienti per soddisfare le proprie necessità, risolvere i propri problemi e sentire di controllare la propria vita (Bann et al., 2010; Small et al., 2013; McAllister et al., 2012; Small et al., 2013; Aslani, 2013; Bulsara et al., 2006).

L'empowerment riguarda dunque un insieme di competenze e risorse che il paziente può applicare e scambiare con i fornitori del servizio durante le interazioni per co-creare valore (Vargo et al., 2008). Infatti, l'analisi empirica mostra che le due dimensioni sono correlate positivamente.

Dai risultati emerge anche che sia la co-creazione di valore che l'empowerment influiscono positivamente sulla soddisfazione del paziente. Attraverso il coinvolgimento del cliente è infatti possibile ottenere un servizio finale che è completamente adattato alle esigenze dei clienti (Grönroos, 2008).

Tuttavia, considerando singolarmente le quattro dimensioni principali dell'empowerment ovvero: l'alfabetizzazione sanitaria che consiste nella capacità di cercare e analizzare le informazioni sanitarie e leggere e comprendere documenti medici; la capacità di controllo del paziente della propria condizione di salute attraverso controlli regolari, uso dei dispositivi medici e dei farmaci; la sua capacità di partecipare insieme ai medici alle decisioni riguardanti la propria salute; e la capacità di comunicare con gli operatori sanitari in maniera efficace ed efficiente, non tutte sembrano aumentare la soddisfazione del paziente.

In particolare, l'alfabetizzazione sanitaria non mostra una correlazione significativa con la soddisfazione. Sarebbe interessante approfondirne le cause ma in prima analisi si potrebbe supporre che più il paziente è informato e conosce i processi sanitari, più è in grado di analizzare criticamente i servizi che riceve e riconoscere aree di inefficienza. La

capacità di comunicare con i professionisti sanitari, invece, seppur correlata con la soddisfazione nelle interazioni con gli operatori, non sembra influire sulla soddisfazione nei servizi sanitari in generale.

In conclusione si può affermare che le ipotesi di ricerca sono confermate, dunque patient empowerment, partecipazione alla co-creazione di valore e soddisfazione del paziente sono variabili che si influenzano a vicenda; non si può né si deve, dunque, studiarle in maniera separata se si vuole davvero capire quale è il ruolo del paziente nel miglioramento del servizio sanitario. Ad esempio, quando si vuole indagare la qualità di un servizio sanitario, i questionari in uso corrente nelle organizzazioni sanitarie e nelle amministrazioni volti ad indagare la soddisfazione del paziente non sono sufficienti, perché ignorano due importanti dimensioni proprie del paziente, che influiscono sulle sue percezioni della qualità del servizio. La qualità non dipende dunque solo dagli aspetti tangibili e intangibili del servizio (strutture, attrezzature, tempi d'attesa, personale, ecc.), ma anche da una serie di capacità e competenze sanitarie di cui dispone il paziente e da come lo stesso le applica per partecipare con gli operatori alla creazione del servizio finale.

Dal punto di vista manageriale, ciò implica che nelle strategie volte al miglioramento della qualità sanitaria non basta considerare le prestazioni delle organizzazioni ma anche quelle dei pazienti e le interazioni con gli stessi. Le organizzazioni sanitarie e i governi dovrebbero adottare politiche dirette ad incentivare la partecipazione attiva dei cittadini nella sanità anche se questo richiede uno sforzo economico e culturale in termini di rieducazione sia degli operatori sanitari che dei pazienti a una logica di accesso alle informazioni e alle risorse e partecipazione condivisa ai processi che interessano la salute e il benessere. Come suggerito dalla Service Science, questi processi potrebbero essere supportati dalle più recenti piattaforme tecnologiche e soluzioni ICT che rappresentano un importante veicolo per la co-creazione di valore perché sono in grado di facilitare l'interazione e la condivisione delle informazioni tra i vari attori coinvolti (Spohrer et al. 2007). Adottando quindi un approccio orientato all'educazione, coinvolgimento e collaborazione del paziente e investendo di più sulle tecnologie, si potrebbe creare un sistema sanitario più intelligente, più connesso, in grado di fornire una migliore assistenza con meno errori, prevedere e prevenire le malattie e consentire alle persone di fare scelte migliori e più responsabili (Maglio e Spohrer, 2008).

Stimolare la partecipazione dei cittadini, la loro responsabilizzazione, consapevolezza e condivisione di informazioni nei processi di prevenzione, trattamento e riabilitazione, rappresenta una soluzione agli attuali problemi del servizio sanitario che sicuramente richiede un processo più lungo e difficoltoso ma che, nel tempo, può risultare un elemento chiave per ottimizzare i risultati di salute, aumentare la soddisfazione degli utenti, migliorare la comunicazione tra operatori sanitari e pazienti, ottenere una maggiore conformità ai piani terapeutici e, inoltre, ottimizzare l'uso delle risorse e i costi dell'assistenza sanitaria.

Questa tesi rappresenta un contributo innovativo alla ricerca sul management sanitario. Nonostante i temi dell'empowerment e della soddisfazione del paziente siano stati ampiamente trattati nella letteratura scientifica, un po' meno la co-creazione di valore, le tre dimensioni non sono mai state esplorate in maniera congiunta e non ne sono mai state individuate le relazioni attraverso analisi empiriche. Negli ultimi anni si sente parlare spesso di sanità "centrata sul paziente" senza indicare in maniera chiara quali siano le variabili sulle quali intervenire. In alcuni programmi sanitari si pone l'obiettivo dell'empowerment, in altri l'aumento della soddisfazione del paziente ma dai risultati emersi dal presente lavoro le variabili non risultano indipendenti. I risultati di questo lavoro mostrano quali sono le variabili relative alla sfera del paziente sulle quali intervenire per raggiungere risultati in termini di miglioramento del servizio sanitario.

Tuttavia il lavoro presenta alcuni limiti. Il modello di indagine costruito nel capitolo 4 è composto da tre scale di misura e otto relative sottoscale, create secondo un approccio inclusivo, selezionando cioè dai modelli scelti in letteratura tutti gli item in grado di misurare i fattori d'interesse. In questo modo il modello è risultato molto lungo (90 item) con l'obiettivo di ridurlo eliminando tutti gli item che dall'analisi dei componenti non raggiungevano un valore adeguato. Tuttavia, a seguito dell'analisi sono stati eliminati solo 10 item, probabilmente perché i modelli dai quali sono stati selezionati gli item erano già stati validati nelle loro proprietà psicometriche. Il modello finale necessita dunque di ulteriori aggiustamenti per essere utilizzato in future indagini.

Un altro limite potrebbe riguardare la scarsa precisione della tecnica di campionamento utilizzata nell'analisi empirica, anche se metodologicamente corretta perché l'obiettivo dell'analisi non era produrre evidenze empiriche, per le quali è fondamentale il metodo di selezione del campione, ma la validazione di un modello, ovvero dimostrare che il

modello proposto sia affidabile, valido nei contenuti e nel costruito, e quindi in grado di misurare ciò che si propone di misurare (la correlazione tra le tre variabili considerate). In questi casi, la letteratura fornisce indicazioni solo sulla dimensione del campione che per essere valido deve essere costituito da almeno quattro intervistati per ogni item (rapporto 1:4 Rummel, 1970).

L'indagine empirica rappresenta il prossimo step per la ricerca futura. Dopo ulteriori modifiche, finalizzate a rendere il questionario più breve, è stata già raccolta l'adesione del primo social network per pazienti cronici in Europa a collaborare nell'indagine. Il questionario verrà somministrato online agli utenti del social network (circa 30.000) in cinque paesi europei. Oltre a misurare il livello di empowerment, partecipazione alla co-creazione di valore e soddisfazione del paziente, nonché la forza delle correlazioni tra queste variabili, i risultati consentiranno di confrontare l'impatto delle politiche sanitarie adottate nei diversi sistemi sanitari (i paesi oggetto d'indagine, infatti, comprendono sia il modello Bismark che quello Beveridge).

Bibliografia

- Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lohr KN, Patrick DL, Perrin E, et al. (2002), "Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria". *Qual Life Res.* 11: 193–205.
- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs (1999), "Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs", *Journal of the American Medical Association*; 281: 552-557.
- Adams, R.J. (2010), "Improving health outcomes with better patient understanding and education". *Risk Management and Healthcare Policy*, 3(1): 61-72.
- Adams, R.J., Appleton, S.L., Hill, C.L., Dodd, M., Findlay, C. and Wilson, D.H. (2009), "Risks associated with low functional health literacy in an Australian population". *Medical Journal of Australia*, 191(10): 530-534.
- Aghili R, Khamseh ME, Malek M, Banikarimi AS, Baradaran HR, Ebrahim Valojerdi A. (2013), "Development and validation of diabetes empowerment questionnaire in Iranian people with type 2 diabetes". *Int Nurs Rev.*;60(2):267-73.
- Al-Janabi H, Flynn TN, Coast J. (2012), "Development of a self-report measure of capability wellbeing for adults: the ICECAP-A". *Qual Life Res.* 21: 167–176.
- Andaleeb S.S. (2001). "Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country". *Social Science & Medicine*, 52: 1359-1370.
- Anderson RM, Funnell MM. (2010), "Patient empowerment: myths and misconceptions". *Patient Educ Couns.*;79(3):277-82.
- Anderson RM., Funnell MM., Fitzgerald JT., Marrero DG. (2000), "The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy". *Diabetes Care.* 23: 739–743.
- Arnould, E.J., Price L.L. and Malshe, A. (2006), "Toward a Cultural Resource-Based Theory of the Customer", in *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate and Directions*, Ed R.F. Lusch and S.L. Vargo. Armonk, NY: ME Sharpe, pp 320-333.
- Arvidsson S, Bergman S, Arvidsson B, Fridlund B, Tingstrom P. (2012), "Psychometric properties of the Swedish Rheumatic Disease Empowerment Scale, SWE-RES-23". *Musculoskeletal Care.* 10: 101– 109.
- Aslani P. (2013), "Patient empowerment and informed decision-making". *Int J Pharm Pract.*;21(6):347-8.
- Aujoulat I, D'Hoore W, Deccache A. (2007), "Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony?". *Patient Educ Couns.*;66(1):13-20.
- Aujoulat I, Deccache A, Marcolongo R, Bonadiman L. (2008), "Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily control". *Soc Sci Med.*;66(5):1228-39.
- Badri M., Attia S., Ustadi A. (2008). "Testing the not so obvious models in healthcare quality". *International Journal for Quality in Healthcare*, 21(2): 159-74.
- Bagozzi, R.P., Yi, Y & Phillips, L.W. (1991). Assessing construct validity in organizational research. *Administrative Science Quarterly*, 36,421-458.
- Bailey, J. et al. (2007). Evidence relating to Object-Oriented software design: A survey. *ESEM* (2007), 482–484.

- Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Gazmararian, J.A. and Nurss, J. (1999), "Development of a brief test to measure functional health literacy". *Patient Education and Counseling*, 38(1): 33-42.
- Ballantyne D., Varey, R.J. (2008), "The service-dominant logic and the future of marketing", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1): 11-14.
- Ballantyne, D. (2004), "Dialogue and its role in the development of relationship specific knowledge". *Journal of Business and Industrial Marketing*, 19(2): 114–123.
- Bann CM, Sirois FM, Walsh EG. (2010), "Provider support in complementary and alternative medicine: exploring the role of patient empowerment". *J Altern Complement Med.*;16(7):745-52.
- Barile S. (2000), *Contributi sul pensiero sistemico in economia d'impresa*, Arnia, Avellino.
- Barile S. (2008), *L'impresa come sistema. Contributi sull'approccio sistemico vitale*, Giappichelli, Torino.
- Barile S., Polese F., Saviano M., Carrubbo L., Clarizia F. (2012), "Service Research Contribution to Healthcare Networks", in *Innovative Service Perspectives*, Hanken School of Economics.
- Baron S., Harris K. (2008), "Consumers as Resource Integrators", *Journal of Marketing Management*, vol.24, n. 2, pp. 113-130.
- Barr PJ, Scholl I, Bravo P, Faber MJ, Elwyn G, McAllister M (2015), "Assessment of Patient Empowerment - A Systematic Review of Measures". *PLoS ONE* 10(5): e0126553.
- Barry R., Murcko A.C., Brubaker C.E. (2002). *The Six Sigma Book for Healthcare*. Health Administration Press, Chicago.
- Barry R., Smith A.C. (2005). *The Manager's Guide to Six Sigma in Healthcare*. ASQ Quality Press, Milwaukee, WI.
- Bartholomew, D.J.; Steele, F.; Galbraith, J.; Moustaki, I. (2008). *Analysis of Multivariate Social Science Data*. Statistics in the Social and Behavioral Sciences Series (2nd ed.). Taylor & Francis.
- Barton, P. L. (2003). *Understanding the U.S. health services system: Second edition*. Washington, D.C.: AUPHA.
- Baumeister, R. F. (2013). Writing a literature review. In M. J. Prinstein & M. D. Patterson (Eds.), *The portable mentor: Expert guide to a successful career in psychology* (pp. 119-132; 2nd ed.). New York: Springer Science+ Business Media.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1997). Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology*, 3, 311-320.
- Bearden, W.O., Hardesty, D.M., Rose, R. L. (2001). "Consumer self-confidence: Refinements in conceptualization and measurement". *The Journal of Consumer Research*, 28: 121–134.
- Bearden, W.O., Netemeyer, R. G., Teel, J. E. (1989), "Measurement of consumer susceptibility to interpersonal influence". *The Journal of Consumer Research*, 15: 473–481.
- Bell R., Krivich M. (2000). *How to Use Patient Satisfaction Data to Improve Healthcare Quality*. ASQ Press, Milwaukee, WI.
- Bem, D. J. (1995). Writing a review article for Psychological Bulletin. *Psychological Bulletin*, 118, 172-177.
- Bendoly E., Soni A., Venkataramanan M.A. (2004). "Value chain resource planning: adding value with systems beyond the enterprise", *Business Horizons*, 47(2): 79-86.

- Berkenstadt M, Shiloh S, Barkai G, Katznelson MB, Goldman B. (1999), "Perceived personal control (PPC): a new concept in measuring outcome of genetic counselling". *Am J Med Genet.* 82: 53–59.
- Berry L.L., Bendapudi N. (2007), "Health Care: A Fertile Field for Service Research", in *Journal of Service Research*.
- Berry, L.L. (1983), 'Relationship Marketing,' in L.L. Berry, G.L. Shostack and G.D. Upah (eds) *Emerging Perspectives on Services Marketing*, pp. 25–8. Chicago, IL: American Marketing Association.
- Bettencourt, L. A. (1997), "Customer voluntary performance: Customers as partners in service delivery". *Journal of Retailing*, 73: 383–406.
- Bitner M.J., Brown S.W. (2006), "The Evolution and Discovery of Services Science", *Business Schools, Communications of the ACM*, 49(7): 73-78.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Börner, K. (2011). Science of Science Studies: Sci2 Tool. *Communications of the ACM*. 54, 3, 60–69.
- Boudioni M, McLaren SM, Lister G. (2012), "Cross-national diagnostic analysis of patient empowerment in England and Greece". *Int J Caring Sci.*;5(3):246-64.
- Bove, L. L., Pervan, S. J., Beatty, S. E., Shiu, E. (2008), "Service worker role in encouraging customer organizational citizenship behaviors". *Journal of Business Research*, 62: 698–705.
- Brady M.K., Robertson C.J. (2001). "Searching for a consensus on the antecedent role of service quality and satisfaction: An exploratory cross-national study". *Journal of Business Research*, 51(1): 53-60.
- Britt, T.W., Castro, C.A., and Adler, A.B. (2005), "Self-engagement, stressors, and health: A longitudinal study", *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 31 No. 11, pp. 1475-1486.
- Bucklin, L.P. (1970), *Vertical marketing systems*. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company.
- Bulsara C, Styles I, Ward AM, Bulsara M. (2006), "The psychometrics of developing the patient empowerment scale". *J Psychosoc Oncol.*;24(1):1-16.
- Bulsara C., Styles I, Ward AM., Bulsara M. (2006), "The psychometrics of developing the patient empowerment scale". *J Psychosoc Oncol.* 24: 1–16.
- Buranarach M., Thatphithakkul N., Kawtrakul A., Wongrochananan S., Kulnawan N., Jiamjarasrangi W. (2011), "Development of service systems to support diabetes patient self-management using a personalized service framework", *Proceedings - 2011 Annual SRII Global Conference*, SRII 2011: 363-370.
- Camerini A-L. (2015), "Health Literacy and Patient Empowerment: Separating Con-joined Twins in the Context of Chronic Low Back Pain". *PLoS One*;10(2):e0118032.
- Capelli AM, Castelletti L, Salvagno C, Oliosio B, Di Lenarda E, Virginio C, et al. (2010). "Identification of novel alpha7 nAChR positive allosteric modulators with the use of pharmacophore in silico screening methods". *Bioorg Med Chem Lett.*, 20:4561–4565.
- Capunzo M., Polese F., Boccia G., Carrubbo L., Clarizia F., De Caro F. (2013), "Advances in Service Research for the understanding and the management of service in healthcare networks", in Gummesson, E., Mele, C., Polese, F. (a cura di), *Service-Dominant Logic*,

- Network & Systems Theory and Service Science: integrating three perspectives for a new Service Agenda, Giannini Editore, Napoli.
- Carey R.G. (2003). *Improving Healthcare with Control Charts*. ASQ Press, Milwaukee, WI.
- Carey R.G., Lloyd R.C. (2001). *Measuring Quality Improvement in Healthcare: A Guide to Statistical Process Control Applications*. ASQ Press, Milwaukee, WI.
- Carman J.M., Shortell S.M., Foster R.W., Hughes E.F.X., Boerstler H., O'Brien J.L., O'Connor E.J. (2010). "Keys for successful implementation of total quality management in hospitals". *Health Care Management Review*, 35(4): 283-293.
- Carmine, E.G. & McIver, J. (1981). Analyzing models with unobserved variables: Analysis of covariance structures. In G. Bohmstedt and E. Borgatta (eds.) *Social measurement: Current issues*. Beverly Hills: Sage.
- Carmine, E.G. & Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assessment* Beverly Hills: Sage.
- Carrubbo, L., Bruni, R., Cavacece, Y., Moretta Tartaglione, A. (2015) "Service System Platforms to Improve Value Co-Creation: insights for Translational Medicine", in Gummesson, E., Mele, C., Polese, F. (Eds.) (2015), *Service Dominant Logic, Network and Systems Theory and Service Science: Integrating three Perspectives for a New Service Agenda*.
- Castrogiovanni P. (1999), *Stagionalità in psichiatria*, Editore SEE Editrice, Firenze.
- Cattaneo LB, Chapman AR. (2010), "The process of empowerment: a model for use in research and practice". *Am Psychol.*;65(7):646-59.
- Cattell, R. B. (1978). *Use of Factor Analysis in Behavioral and Life Sciences*. New York: Plenum.
- Cattell, R.B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1:245-276.
- Cerezo PG, Juvé-Udina ME, Delgado-Hito P. (2016), "Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review". *Rev Esc Enferm USP.*;50(4):664- 671.
- Cermak, D. S. P., File, K. M., Prince, R. A. (1994), "Customer participation in service specification and delivery". *Journal of Applied Business Research*, 10: 90–97.
- Chakraborty S., Dobrzykowski D. (2013), "Supply Chain Practices for Complexity in Healthcare: A Service-Dominant Logic View", in *The IUP Journal of Supply Chain Management*, ISSN: 0972-9267.
- Chakraborty S., Dobrzykowski D. (2014), "Linking service-dominant logic and healthcare supply chain", in 24th Annual Pom Conference Denver, Colorado, Usa.
- Chan, A. (2014), "Health literacy screening instruments in adults with cardiovascular disease and their importance to the nursing profession". *Australian Journal of Advanced Nursing*; 32 (2):14.
- Chandler J.D., Vargo S.L. (2011), "Contextualization and value-in-context: How context frames exchange". *Marketing Theory* 11(1): 35-49.
- Chen I.J., Paulraj A. (2004). "Towards a theory of supply chain management: the constructs and measurements". *Journal of Operations Management*, 22: 119-150.
- Chen MF, Wang RH, Cheng CP, Chin CC, Stocker J, Tang SM, et al. (2011), "Diabetes Empowerment Process Scale: development and psychometric testing of the Chinese version". *J Adv Nurs*. 67: 204–214.
- Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. (2004), "Brief questions to identify patients with inadequate health literacy". *Fam Med* 36:588– 594.
- Child, D. (2006). *The Essentials of Factor Analysis, 3rd edition*. Bloomsbury Academic Press.

- Choi K., Cho W., Lee S., Lee H., Kim C. (2004). "The relationship among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: a South Korean study". *Journal of Business Research*, 57: 913-21.
- Christens BD. (2013), "In search of powerful empowerment". *Health Educ Res.*;28(3):371-4.
- Christopher M., Payne A., Ballantyne D. (2002) *Relationship Marketing: Creating Stakeholder Value* (2nd ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Churchill, G.A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16, 64-73.
- Conlin, K.K. and Schumann, L. (2002), "Research. Literacy in the health care system: a study on open heart surgery patients". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(1): 38-42.
- Converse P.D. (1921), *Marketing Methods and Politics*. New York: Prentice Hall.
- Cook, J.D., Hepworth, S. J., Wail, T.D. & Warr, P.B. (1981). *The experience of work*. San Diego: Academic Press.
- Cooper, H. M. (2003). Editorial. *Psychological Bulletin*, 129, 3-9.
- Corrigan PW, Faber D, Rashid F, Leary M. (1999), "The construct validity of empowerment among consumers of mental health services". *Schizophr Res*. 38: 77–84.
- Damkot, D.K., Pandiani, J. A-, & Grodon, LK (1983). "Development, implementation, and findings from a continuing client satisfaction survey". *Community Mental Health journal*. 19, 265- 278.
- Dansky, KH, Miles J. (1997), "Patient satisfaction with ambulatory health care services: waiting time and filling time". *Hosp Health Serv Admin*, 42(2): 165 – 77.
- Davis, D., Hobbs, G. (1989). "Measuring outpatient satisfaction with rehabilitation services". *Quality Review Bulletin*, 15, 192–197.
- Davis, T.C., Crouch, M.A., Long, S.W., Jackson, R.H., Bates, P., George, R.B. and Bairnsfather, L.E. (1991), "Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients". *Family Medicine*, 23(6): 433-435.
- De Almeida Biolchini, J.C. et al. (2007). Scientific research ontology to support systematic review in software engineering. *Advanced Engineering Informatics*. 21, 2, 133–151.
- De Vellis, R. F., & Dancer, L. S. (1991). "Scale development: theory and applications". *Journal of Educational Measurement*, 31(1): 79-82.
- Defrère, D., Hinz, P. M., Mennesson, B., Hoffmann, W. F., Millan-Gabet, R., Skemer, A. J., Grenz, P. (2016). "Nulling data reduction and on-sky performance of the Large Binocular Telescope Interferometer". *The Astrophysical Journal*, 824(2): 66.
- Dellande, S., Gilly, M. C., Graham, J. L. (2004), "Gaining compliance and losing weight: The role of the service provider in health care services". *The Journal of Marketing*, 68: 78–91.
- Dewalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N. and Pignone, M.P. (2004), "Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature". *Journal of General Internal Medicine*, 19(12): 1228-1239.
- Dolan T. (2003). "Best practices in process improvement". *Quality Progress*, 35(8), 23-28.
- Donabedian A. (1966). "Evaluating the quality of medical care". *Milbank Quarterly*, 44(3): 166-206.
- Donabedian A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Health Administration Press, Ann Arbor, MI.

- Donabedian, A. (1988). "The quality of care: How can it be assessed?". *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743–1748.
- Donnelly J.H. (1976), "Marketing Intermediaries in Channels of Distribution for Services". *Journal of Marketing*, 40(1): 55-7.
- Douglas T.J., Fredendall L.D. (2004). "Evaluating the Deming management model of total quality in services". *Decision Sciences*, 35(3): 393-422.
- Dwinger, S., Kriston, L., Härter, M., Dirmaier, J. (2014), "Translation and validation of a multidimensional instrument to assess health literacy". *Health Expectations*, 18: 2776–2786.
- Eagly, A. H. (1987) *Sex differences in social behavior. A social-role interpretation*. Hillsdale, N J: Erlbaum.
- Edvardsson B., Gustafsson A., Roos I. (2005), "Service Portraits in Service Research: A Critical Review". *International Journal of Service Industry Management*, 16(1): 107-121.
- Edvardsson B., Tronvoll B., Gruber, T. (2011), "Expanding understanding of service exchange and value co-creation: a social construction approach". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 39(2): 327–339.
- Eiriz V., Figueiredo J.A. (2005). "Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6): 404-41.
- Elg M., Engström J., Witell L., Poksinska B. (2012), "Co-creation and learning in health-care service development", in *Journal of Service Management*, ISSN: 1757-5818.
- Elwyn G, Lloyd A, May C, van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, et al. (2014), "Collaborative deliberation: a model for patient care". *Patient Educ Couns*. 97: 158–64.
- Ennew, C. T., Binks, M. R. (1999), "Impact of participative service relationships on quality, satisfaction and retention: An exploratory study". *Journal of Business Research*, 46: 121–132.
- Erat P., Zorzi O. (2007), "Networked Healthcare: Organising for Networked Healthcare: Towards Future Organisational Models", in *Journal of Medical Marketing*, ISSN: 1745-7904.
- Fang, E., Palmatier, R. W., Evans, K. R. (2008), "Influence of customer participation on creating and sharing of new product value". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36: 322–336.
- Faulkner M. (2001), "A measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people". *J Adv Nurs*. 34: 676–686.
- Fisk, R.P., Brown S.W., Bitner M.J. (1993), "Tracking the Evolution of the Services Marketing Literature". *Journal of Retailing*, 69 (Spring): 61–103.
- Fitzpatrick R., Hopkins A. (1983), "Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration". *Sociology of Health and Illness*; 5 (3): 297 – 311.
- Flint D. J. (2006), "Innovation, symbolic interaction and customer valuing: thoughts stemming from a service-dominant logic of marketing". *Marketing Theory*, 6(3): 349–362.
- Ford, J.K., MacCallum, R.C. & Tait, M. (1986). The application of exploratory factor analysis in applied psychology: A critical review and analysis. *Personnel Psychology*, 39,291-314.
- Fotoukian Z, Shahboulaghi FM, Khoshknab MF, Mohammadi E. (2014), "Concept analysis of empowerment in old people with chronic diseases using a hybrid model". *Asian Nurs Res.*;8(2):118-27.

- Fransen, M.P., Van Schaik, T.M., Twickler, T.B. and Essink-Bot, M.L. (2011), "Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands". *Journal of Health Communication*, 16 (Suppl 3): 134-149.
- Freebody, P. and Luke, A. (1990), "Literacies programs: debates and demands in cultural context". *Prospect*, 5: 7-16.
- Fruchter, B. (1954). *Introduction to Factor Analysis*. Van Nostrand.
- Fumagalli L, Radaelli G, Emanuele L, Bertele' P, Masella C. (2015), "Patient Empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships". *Health Policy*;119(3):384-94.
- Fumagalli L, Radaelli G, Emanuele L, Bertele' P, Masella C. (2015), "Patient empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships". *Health Policy*;119(3):384-94.
- Galvagno M., Dalli D. (2014), "Co-creating value with customers: literature review and bibliometric analysis", *Managing Service Quality*, 24(6): 643-683.
- George W.R. (1977), "The Retailing of Services – A Challenging Future". *Journal of Retailing*, 53: 85-98.
- George. W.R., Barksdale H.C. (1974), "Marketing Activities in the Services Industries". *Journal of Marketing*, 38 (October): 65-70.
- Gerbing, D.W. & Anderson, J.C. (1988). An updated paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment. *Journal of Marketing Research*, 25,186-192.
- Getty, J.M. & Thompson, K.N. (1994). A procedure for scaling perception of lodging quality. *Hospitality Research Journal*, 18, 75-96.
- Gibson C. (1991), "A concept analysis of empowerment". *J Adv Nurs.*;16(3):354-61.
- Gill L., White L., Cameron I.D. (2011), "Service co-creation in community-based aged healthcare", in *Managing Service Quality: An International Journal*, ISSN: 0960-4529.
- Girishankar S. (2000), "Companies want CRM tools to manage business relationships", *Information Week*, 17 (April), p. 65.
- Golinelli G. M. (2000), *L'approccio sistemico al governo dell'impresa. L'impresa sistema vitale*, vol. 1, Cedam, Padova, ISBN: 978-881-331-142-1.
- Golinelli G. M., Barile S., Saviano M., Polese F, (2010), perspective Shifts in Marketing: Towards a Paradigm Change?, in *Service Science*, vol.IV, n.2.
- Golinelli G.M. (2002), *L'approccio sistemico al governo dell'impresa. Valorizzazione delle capacità, rapporti intersistemici e rischio nell'azione di governo*, I ed., vol. III, Cedam, Padova.
- Golinelli G.M. (2005), *Approccio sistemico al governo dell'impresa*, vol. 1, Cedam, Padova.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor Analysis, 2nd edition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Graham N.O. (1995). *Quality in health care*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc.
- Greenfield, T.K., & Attkisson, C.C. (1989), "Steps toward a multifactorial satisfaction scale for primary care and mental health services". *Evaluation and Programme Planning*, 12:271-278.
- Grönroos C. (1979), "Marketing of Services: A Study of the Marketing Function of Service Firms", Econ. D. dissertation, Swedish School of Economics (Finland).
- Gronroos C. (1984). "A service quality model and its marketing implications". *European Journal of Marketing*, 18(4): 36-44.

- Grönroos C. (2000a), "Christian Grönroos: Hanken Swedish School of Economics, Finland," in Services Marketing Self-Portraits: Introspections, Reflections, and Glimpses from the Experts, Raymond P. Fisk, Stephen F. Grove, and Joby John. Chicago: American Marketing Association, 71-108.
- Grönroos C. (2000b), Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach. West Sussex, UK: Wiley.
- Grönroos C. (2008), "Service logic revisited: who creates value? And who co-creates?", *European Business Review*, 20(4): 298 – 314.
- Grönroos C., (1983), "Strategic management and marketing in the service sector", Boston: Marketing Science Institute, Chapter 4.
- Grönroos C., Voima P. (2013). "Critical service logic: making sense of value creation and co-creation". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(2): 133-150.
- Grönroos, C. (1994), "From Marketing Mix to Relationship Marketing: Towards a Paradigm Shift in Marketing". *Asia-Australian Marketing Journal*, 2 (1): 9-29.
- Groth, M. (2005), "Customers as good soldiers: Examining citizenship behaviors in internet service deliveries". *Journal of Management*, 31: 7–27.
- Groth, M., Mertens, D. P., Murphy, R. O. (2004), "Customers as good solidiers: Extending organizational citizenship behavior research to the customer domain". In D. L. urnipseed (Ed.), *Handbook of organizational citizenship behavior* (pp. 411–430). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Guadagnoli E, Ward P. (1998), "Patient participation in decision-making". *Soc Sci Med*. 47: 329–339.
- Guadagnoli, E. & Velicer, W.F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103, 265-275.
- Gummesson E. (1995), "Relationship marketing: its role in the service economy", in Glynn, W.J. and Barns, J.G. (Eds), *Understanding Services Management*, Wiley, New York, NY, pp. 224-68.
- Gummesson E. (2000), Remarks in Fisk, Raymond P., Stephen F. Grove, & Joby John. Services marketing self-portraits: Introspections, reflections, and glimpses from the experts. Chicago: American Marketing Association.
- Gummesson E. (2006), "Many-to-many marketing as grand theory: A Nordic school contribution". In R. F. Lusch & S.I. Vargo (Eds.), *The servicedominant logic of marketing: dialog, debate, and directions* (pp. 339–353). Armonk, NY: M.E. Sharpe.
- Gummesson E. (2008a) 'Customer Centricity: Reality or a Wild Goose Chase?'. *European Business Review*, 20(4): 315–30.
- Gummesson E. (2008b), "Extending the service-dominant logic: from customer centricity to balanced centricity". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1): 15-17.
- Gummesson E., Grönroos C. (1987), "Quality of services – lessons from the product sector", in Surprenant, C. (Ed.), *Add Value to Your Service*, American Marketing Association, Chicago, IL.
- Gummesson, E. (2007), "Case study research and network theory: Birds of a feather", in *Qualitative Research in Organizations and Management*, Vol. 2 No. 3, pp. 226-48.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. (2009), *Multivariate data analysis (7rd ed.)*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.

- Hair, J., Babin, B., Money, A., & Samouel, P. (2005). *Fundamentos de métodos de pesquisa em administração*. Bookman Companhia Ed.
- Hakansson H., Snehota I. (1995), *Developing relationships in business networks*. London: Routledge.
- Hakansson, H., Prencert F. (2004), “Exploring the exchange concept in marketing”. In H. Hakansson, D. Harrison, & A. Waluszewski (Eds.), *Rethinking marketing: developing a new understanding of markets*. Chichester, England: Wiley.
- Handfield R., Ghosh S. (2001). “Creating a quality culture through organizational change: a case analysis”. *Journal of International Marketing*, 2(3): 7-36.
- Handfield R., Melnyk S.A. (1998). “The scientific theory-building process: a primer using the case of TQM”. *Journal of Operations Management*, 16: 321-339.
- Hardyman, W., Daunt, K.L., and Kitchener, M. (2015), “Value co-creation through patient engagement in health care: a micro-level approach and research agenda”, *Public Management Review*, Vol. 17 No. 1, pp. 90-107.
- Harrison, D.A. & McLaughlin, M.E. (1991). Exploring the cognitive processes underlying responses to self-report instruments: Effects of item content on work attitude measures. *Proceedings of the 1991 Academy of Management annual meetings*, 310-314.
- Harrison, D.A. & McLaughlin, M.E. (1993). Cognitive processes in self-report responses: Tests of item context effects in work attitude measures. *Journal of Applied Psychology*, 78, 129-140.
- Harvey, R.J., Billings, R.S. & Nilan, K.J. (1985). Confirmatory factor analysis of the job diagnostic survey: Good news and bad news. *Journal of Applied Psychology*, 70, 461-468.
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., Vaart, R. van der, Rijken, M. (2015), “Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management”. *Patient education and Counseling*, 98(1), 41-48.
- Herbert RJ, Gagnon AJ, Rennick JE, O'Loughlin JL. (2009), “A Systematic Review of Questionnaires Measuring Health-Related Empowerment”. *Res Theory Nurs Pract.* 23: 107–132.
- Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. (2004), “Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers”. *Health Serv Res.* 39: 1005–1026.
- Hiidenhovi H., Nojonen K., Laippala P. (2002). “Measurement of outpatients’ views of service quality in a Finnish university hospital”. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1): 59-67.
- Hinkin, T. R., Tracey, J. B., & Enz, C. A. (1997). *Scale construction: Developing reliable and valid measurement instruments* [Electronic version]. Retrieved [insert date] from Cornell University, School of Hotel Administration site: <http://scholarship.sha.cornell.edu/articles/613>.
- Hinkin, T.R. & Schriesheim, C.A. (1989). Development and application of new scales to measure the French and Raven (1959) bases of social power. *Journal of Applied Psychology*, 74 (4), 561-567.
- Hinkin, T.R. (1995). A review of scale development practices in the study of organizations. *Journal of Management*, 21, 967-988.

- Holbrook M. B. (2006), "Consumption experience, customer value, and subjective personal introspection: an illustrative photographic essay", in *Journal of Business Research*, Vol. 59, pp. 714-725, ISSN: 0148-2963.
- Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ. (1998), "A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations". *Fam Pract.*;15(2):165-71.
- Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M. (1997), "Measuring quality in general practice. Pilot study of a needs, process and outcome measure". *Occas Pap R Coll Gen Pract.* i-xii: 1-32.
- Hunt S. D. (2000), *A General Theory of Competition: Resources, Competences, Productivity, Economic Growth*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hunt S.D., Derozier C. (2004), "The normative imperatives of business and marketing strategy: grounding strategy in resource-advantage theory". *Journal of Business & Industrial Marketing*, 19(1): 5-22.
- Iandolo F., Calabrese M., Antonucci E., Caputo F. (2013), "Towards a Value Co-Creation Based Healthcare System", in Gummesson, E., Mele, C., Polese, F. (a cura di), *Service-Dominant Logic, Network & Systems Theory and Service Science: integrating three perspectives for a new Service Agenda*, Giannini Editore, Napoli, ISBN: 978-88-7431-684-7.
- Ibrahim, S.Y., Reid, F., Shaw, A., Rowlands, G., Gomez, G.B., Chesnokov, M. and Ussher, M. (2008), "Validation of a health literacy screening tool (REALM) in a UK Population with coronary heart disease". *Journal of Public Health*, 30(4): 449-455.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T. and Yano, E. (2008), "Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients". *Diabetes Care*, 31(5): 874-879.
- Jabnoun N., Chaker M. (2003). "Comparing The Quality of Private and Public Hospitals". *Managing Service Quality*, 13(4): 290-299.
- Jerofke TA. (2013), "Concept analysis of empowerment from survivor and nurse perspectives within the context of cancer survivorship". *Res Theory Nurs Pr.*;27(3):157-72.
- Johnson E.M. (1969), "Are Goods and Services Different? An Exercise in Marketing Theory", PhD dissertation, Washington University.
- Johnson, T.V., Abbasi, A., Kleris, R.S., Ehrlich, S.S., Barthwaite, E., DeLong, J. and Master, V.A. (2013), "Assessment of single-item literacy questions, age, and education level in the prediction of low health numeracy". *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 26(8): 50-54.
- Jolliffe I.T. (2002), *Principal Component Analysis, Second Edition*, Springer, New York.
- Jordan, J.E., Osborne, R.H. and Buchbinder, R. (2011), "Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses". *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4): 366-379.
- Joreskog, K.G. SSorbom, D. (1993). *LISREL8.03*. Morresville, IN: Scientific Software, Inc.
- Joss R., Kogan M. (1995). *Advancing Quality: Total Quality Management in the National Health Service*. Open University Press, Buckingham.
- Judd R.C. (1964), "The Case for Redefining Services". *Journal of Marketing*, 28(January): 58-9.
- Kara A., Lonial S., Tarm M., Zaim S. (2005). "A paradox of service quality in turkey the seemingly contradictory relative importance of tangible and intangible determinants of service quality". *European Business Review*, 17(1): 5-20.
- Katz D., Kahn R.L. (1966), *The social psychology of organizations*, New York, Wiley.

- Keaveney, S. M. (1995), "Customer switching behavior in service industries: An exploratory study". *The Journal of Marketing*, 59: 71–82.
- Keeley T, Al-Janabi H, Lorgelly P, Coast J. (2013), "A qualitative assessment of the content validity of the ICECAP- A and EQ-5D-5L and their appropriateness for use in health research". *PloS one*. 8.
- Kelley, S. W., Donnelly, J. H., Skinner, S. J. (1990), "Customer participation in service production and delivery". *Journal of Retailing*, 66: 315–335.
- Kellogg, D. L., Youngdahl, W. E., Bowen, D. E. (1997), "On the relationship between customer participation and satisfaction: Two frameworks". *International Journal of Service Industry Management*, 8: 206–219.
- Kennedy A., Reeves D., Bower P., Lee V., Middleton E., Richardson G., et al. (2007). "The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial". *J Epidemiol Community Health*; 61: 254–261.
- Khan, K.S., Kunz, R., Kleijnen, J., Antes, G. (2003), "Five steps to conducting a systematic review", *J R Soc Med*; 96: 118–121.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F. and Tsouros, A.D. (2013), *Health Literacy: The solid facts. WHO Regional Office for Europe*.
- Kim, J. & Mueller, C.W. (1978). *Introduction to factor analysis: What it is and how to do it*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Kitchenham, B. et al. (2009). Systematic literature reviews in software engineering – A systematic literature review. *Information and Software Technology*. 51, 1, 7–15.
- Kitchenham, B.A. and Charters, S. (2007). *Guidelines for performing systematic literature reviews in software engineering*. Technical Report #EBSE-2007-01. Department of Computer Science, University of Durham.
- Knoke, D. et al. (2008). *Social network analysis*. Sage Publications Los Angeles, CA.
- Knutas A., Hajikhani A., Salminen J., Ikonen J., Porrás J. (2015), "Cloud-Based Bibliometric Analysis Service for Systematic Mapping Studies". *CompSysTech* 2015.
- Ko, Y., Lee, J.Y.C., Toh, M.P.H.S., Tang, W.E. and Tan, A.S.L. (2011), "Development and validation of a general health literacy test in Singapore". *Health Promotion International*.
- Kohler, T., Fueller, J., Matzler, K., and Stieger, D. (2011), "Cocreation in virtual worlds: the design of the user experience", *MIS quarterly*, Vol. 35 No. 3, pp. 773-788.
- Kothandaraman P., Wilson D.T. (2001), "The future of competition: Value-creating networks". *Industrial Marketing Management*, 30: 379–389.
- Kumar, V., Aksoy, L., Donkers, B., Venkatesan, R., Wiesel, T., and Tillmanns, S. (2010), "Undervalued or overvalued customers: capturing total customer engagement value", *Journal of Service Research*, Vol. 13 No. 3, pp. 297-310.
- Kumar, V., Lemon, K.N. and Parasuraman, A. (2006), "Managing Customers for Value. An Overview and Research Agenda", *Journal of Service Research*, Vol. 9 No. 2, pp. 87-94.
- Lanjananda P., Patterson P.G. (2009), "Determinants of customer-oriented behavior in a health care context", in *Journal of Service Management*, ISSN: 1757-5818.
- Larsen DE, Rootman I. (1976), "Physician role performance and patient satisfaction". *Soc Sci Med* (10): 29 – 32.

- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., & Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Leebov W., Jean C., Ersoz C.J. (2003). "The healthcare manager's guide to continuous quality improvement", *iUniverse*, available at: www. iUniverse.com.
- Lejeune M.A., Yakova N. (2005). "On characterizing the 4 C's in supply chain management". *Journal of Operations Management*, 23: 81-100.
- Leksell J, Funnell M, Sandberg G, Smide B, Wiklund G, Wikblad K. (2007), "Psychometric properties of the Swedish Diabetes Empowerment Scale". *Scand J Caring Sci*. 21: 247–252.
- Lengnick-Hall, C. A. (1996), "Customer contributions to quality: A different view of the customer-oriented firm". *The Academy of Management Review*, 21: 791–824.
- Lengnick-Hall, C. A., Claycomb, V., Inks, L. W. (2000), "From recipient to contributor: Examining customer roles and experienced outcomes". *European Journal of Marketing*, 34: 359–383.
- Lim P.C., Tang N. K. (2000). "A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(7): 290-299.
- Lim P.C., Tang N.K., Jackson P.M. (1999). "An innovative framework for health care performance measurement". *Managing Service Quality*, 9(6): 423-433.
- Linder-Pelz SU (1982), "Toward a theory of patient satisfaction". *Soc Sci Med.*;16(5): 577-82.
- Lingreen A., Wynstra F. (2005), "Value in business markets: What do we know" where are we going?". *Industrial Marketing Management*, 34: 732–748.
- Lissitz, R.W. & Green, S.B. (1975). Effect of the number of scale points on reliability: A Monte Carlo approach. *Journal of Applied Psychology*, 60, 10-13.
- Loane D. J., Stoica B.A., TCHANTCHOU F., KUMAR A., BARRETT J.P., AKINTOLA T., XUE F., CONN P.J. FADEN A.I. (2014), "Novel mGluR5 positive allosteric modulator improves functional recovery, attenuates neurodegeneration, and alters microglial polarization after experimental traumatic brain injury", *Neurotherapeutics*, 11(4): 857-869.
- Lohr K. (1991). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, Vol. I. National Academy Press, Washington, DC.
- Long, J.S. (1983). *Confirmatory factor analysis*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lopez JE, Orrell M, Morgan L, Warner J. (2010), "Empowerment in older psychiatric inpatients: development of the empowerment questionnaire for inpatients (EQUIP)". *Am J Geriatr Psychiatry*. 18: 21–32.
- Lorig K., Ritter PL., Villa FJ., Armas J. (2009), "Community-based peer-led diabetes self-management: a randomized trial". *Diabetes Educ.*; 35: 641–651.
- Love R., Davis, A.(1979) The user satisfaction survey: consumer evaluation of an inner city community mental health center. *Evaluation and the health profession*,2,42-54.
- Lovelock C., Gummesson E. (2004), "Whither service marketing? In search of a new paradigm and fresh perspective". *Journal of Service Research*, 7(1): 20-41.
- Lusch R. F., Vargo S. L., Malter A.J. (2006), "Marketing as Service-Exchange: Taking a Leadership Role in Global Marketing Management," *Organizational Dynamics*, 35(3): 264–278.

- Lusch, R. F., Vargo, S. L., & Tanniru, M. (2010), "Service, value networks and learning". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 38(1): 19-31.
- Lusch, R. F., Vargo, S. L., O'Brien, M. (2007), "Competing through service: Insights from service-dominant logic". *Journal of Retailing*, 83(1): 5-18.
- Lusch, R.F., and Vargo, S.L. (2006), "Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements", *Marketing theory*, Vol. 6 No. 3, pp. 281-288.
- Lusch, R.F., Vargo S.L. (2006), "Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements," *Marketing Theory*, 6(3), 281–288.
- Lusch, R.F., Vargo, S.L., and O'Brien, M. (2007), "Competing through service: Insights from service-dominant logic", *Journal of retailing*, Vol. 83 No. 1, pp. 5-18.
- MacKenzie, S.B., Podsakoff, P.M. & Fetter, R. (1991). Organizational citizenship behavior and objective productivity as determinants of managerial evaluations of salespersons' performance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50,123-150.
- Macri, D. M., & Tagliaventi, M. R. (2000). La ricerca qualitativa nelle organizzazioni: teoria, tecniche, casi. Carocci.
- Madden M, Fox S. (2006). *Finding answers online in sickness and in health*. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project.
- Maglio P.P., Kieliszewski C.A., Spohrer J.C. (2010), "Introduction: Why a handbook?", in Maglio P.P., Kieliszewski J.A., Spohrer J.C. (eds), *Handbook of Service Science*, Springer, New York, pp. 1-7.
- Maglio P.P., Vargo S., Caswell L.N., Spohrer J. (2009), "The service system is the basic abstraction of the service science", *Information Systems and E Business Management*, 7(4): 395-406.
- Maglio, P.P. & Spohrer, J. (2008), "Fundamentals of service science". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1): 18-20.
- Makoul G, Clayman ML. (2006), "An integrative model of shared decision making in medical encounters". *Patient Educ Couns.* 60: 301–312.
- Marshall, et al. (1993), The structure of Patient Satisfaction with Outpatient medical care. *Psychological assessment*, 5(4): 477-483.
- McAllister M, Dunn G, Payne K, Davies L, Todd C. (2012), "Patient empowerment: the need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions". *BMC Heal Serv Res.*, 12:157.
- McAllister M, Wood AM, Dunn G, Shiloh S, Todd C. (2011), "The Genetic Counseling Outcome Scale: a new patient-reported outcome measure for clinical genetics services". *Clin Genet.*;79(5):413-24.
- McAllister M, Wood AM, Dunn G, Shiloh S, Todd C. (2011), "The Genetic Counseling Outcome Scale: a new patient-reported outcome measure for clinical genetics services". *Clin Genet.*;79(5):413-24.
- McAllister M., Dunn G., Payne K., Davies L., Todd C. (2012), "Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions". *BMC Health Serv Res.* 12: 157.
- McCammon, B. (1970). "Perspectives for distribution programming". In Louis P. Bucklin (Ed.), *Vertical marketing systems*. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company 1970.

- McColl-Kennedy J. R., Vargo S. L., Dagger T. S., Sweeney J. C., van Kasteren Y. (2012), "Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles", *Journal of Service Research*, 15 (4): 370-389.
- McColl-Kennedy J.R., Vargo S.L., Dagger T.S., Sweeney J.C. (2009), "Customers as Resource Integrators: Styles of Customer Co-creation", in Gummesson, E., Mele, C., Polese, F. (a cura di), *Service Science, S-D logic and network theory*, Giannini Editore, Napoli.
- McColl-Kennedy J.R., Vargo S.L., Dagger T.S., Sweeney J.C., van Kasteren Y. (2012), "Health Care Customer Value Co-creation Practice Styles", in *Journal of Service Research*.
- McDowell, W.J. (1953), "The Marketing of Consumer Services", PhD dissertation, University of Iowa.
- McLaughlin C.P., Kaluzny A.D. (1990). "Total quality management in health care: making it work", *Health Care Management Review*, 15: 7-14.
- McLaughlin C.P., Kaluzny A.D. (2006). *Continuous Quality Improvement in Health Care*, 3rd ed. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA.
- McWilliam CL. (2009), "Patients, persons or partners? Involving those with chronic disease in their care". *Chronic Illn.*;5(4):277-92.
- Merz, M.A., He, Y., Vargo, S. L. (2009). "The Evolving Brand Logic: A Service-Dominant Logic Perspective". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 37(3), 328–344.
- Messick, S. (1989). "Validity". In R. Linn (Ed.), *Educational measurement*: 13-103. Washington, DC: American Council on Education / Macmillan.
- Meyer M., Müller I. (2006), "Networked Healthcare: A Practical Guide to Understanding Influence Networks in the Health-Care Industry", in *Journal of Medical Marketing*.
- Moed H.F. (2000), Bibliometric indicators reflect publication and management strategies, *Scientometrics*, 47, 323-346.
- Moed H.F. (2002), The impact-factors debate: the ISI's uses and limits, *Nature*, 415, 731-732.
- Moed H.F., van Leeuwen T.N. (1996), Impact factors can mislead, *Nature*, 381, 186.
- Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. (2010), "The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study". *Qual Life Res.* 19: 539–549.
- Mokkink LB, Terwee CB, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, Riphagen I, et al. (2009), "Evaluation of the methodological quality of systematic reviews of health status measurement instruments". *Qual Life Res.* 18: 313–333.
- Moliner M.A. (2009), "Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services", in *Journal of Service Management*.
- Moller, K. (2006), "Role of competences in creating customer value: A value creation logic approach". *Industrial Marketing Management*, 35: 913–924.
- Moller, K., Torronen, P. (2003), "Business suppliers. Value creation potential: A capacity-based analysis". *Industrial Marketing Management*, 32: 109–118.
- Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. (2006), "The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability". *BMC Family Practice*, 7(1):21.
- Morrison, E. W. (1993), "Newcomer information seeking: Exploring types, modes, sources, and outcomes". *The Academy of Management Journal*, 36: 557–589.

- Mosadeghrad A.M. (2013). "Healthcare service quality: towards a broad definition", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3): 203-219.
- Muliak, S., James, L., Van Alstine, J., Bennet, N., Lind, S. & Stilwell, C. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105, 430-445.
- Nambisan P, Nambisan S. (2009), "Models of consumer value cocreation in health care", in *Health Care Management Review*.
- National Academy on Aging Society (1998), *Low health literacy skills increase annual health care expenditures by \$73 billion*. Center for Health Care Strategies Fact Sheet, Washington DC.
- Naveh E., Stern Z. (2005). "How quality improvement programmes can affect general hospital performance". *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 18(4): 249-70.
- Neghina C., Caniels M. C. J., Bloemer J. M. M., Van Birgelen M. J. H. (2014), "Value co-creation in service interactions: Dimensions and antecedents", *Marketing Theory*, 10: 1-22.
- Newell F. (2000), *Loyalty.com: CRM in the new era of internet marketing*, New York, McGraw-Hill Professional.
- Ng I, Parry G., Smith L., Maull R., Briscoe G. (2012), "Transitioning from a goods-dominant to a service-dominant logic: Visualising the value proposition of Rolls-Royce", in *Journal of Service Management*, vol.23, n. 3, pp. 416-439.
- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, D.C., The National Academies Press.
- Nordgren L. (2008), "The performativity of the service management discourse: "Value creating customers" in health care", in *Journal of Health Organization and Management*.
- Nordgren L. (2009), "Value creation in health care services – developing service productivity: Experiences from Sweden", in *International Journal of Public Sector Management*.
- Norman CD, Chirrey S, Skinner H. (2002), "Consumer perspectives on e-Health". In: *Skinner H. Promoting health through organizational change*. San Francisco, CA: Benjamin Cummings :315-334.
- Norman CD, Skinner HA (2006b), "eHEALS: The eHealth Literacy Scale". *J Med Internet Res*; 8(4): e27.
- Norman CD, Skinner HA. (2006a), "eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World". *J Med Internet Res*, 16;8(2): e9.
- Normann, R. (2001), *Reframing Business: When the Map Changes the Landscape*, Wiley, New York, NY.
- Normann, R., Ramirez R. (1993), "From Value Chain to Value Constellation: Designing Interactive Strategy," *Harvard Business Review*, 71(July–August): 65-77.
- Noyons, E.C.M., Moed H.F., van Raan, A.F.J., (1999), Integrating research performance analysis and science mapping, *Scientometrics*, 46, 591-604.
- Nudurupat S.S, Bhattacharya A., Lascelles D., Caton N. (2015), "Strategic sourcing with multi-stakeholders through value co-creation: An evidence from global health care company", *International Journal of Production Economics*, 166(C): 248-257.
- Nunnally, J. C. (1994), *Psychometric theory (3rd ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory (2nd ed.)*. NY: McGraw-Hill.

- Nutbeam D. (2000), "Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century". *Health Promot Int* 15:259–267.
- Nutbeam, D. (1998), "Health promotion glossary". *Health Promotion International*; 13: 349-364.
- O’Cathain A, Goode J, Luff D, Strangleman T, Hanlon G, Greatbatch D. (2005), "Does NHS direct empower patients?". *Soc Sci Med.*;61(8):1761-71.
- Oh HJ, Lee B. (2012), "The Effect of computer-mediated social support in online communities on patient empowerment and doctor-patient communication". *Health Commun.*;27(1):30-41.
- Oliver, RL. (1981): Measurement and evaluation of satisfaction process in retail settings. *Journal of Retailing*, 75 (3): 25 – 48.
- Olsson E.M. (2016), "Interpersonal complaints regarding cancer care through a gender lens", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(6): 687-702.
- Ortiz G, Schacht L. (2012), "Psychometric evaluation of an inpatient consumer survey measuring satisfaction with psychiatric care". *Patient*. 5: 163–173.
- Osei-Frimpong K., (2016), "Examining the effects of patient characteristics and prior value needs on the patient-doctor encounter process in healthcare service delivery", *International Journal of Pharmaceutical And Healthcare Marketing*, 10(2): 192-213.
- Ostrom E. (2010), "Beyond markets and states: Polycentric governance of complex economic systems", *Amer. Econom. Rev.*, 100(6, pp. 1-33.
- Otte, E. and Rousseau, R. (2002). Social network analysis: a powerful strategy, also for the information sciences. *Journal of Information Science*. 28, 6, 441–453.
- Ouschan R, Sweeney JC, Johnson LW. (2000), "Dimensions of patient empowerment: implications for professional services marketing". *Heal Mark Q.*;18(1-2):99-114.
- Ouschan, R., Sweeney, J., and Johnson, L. (2006), "Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations", *European Journal of Marketing*, Vol. 40 No. (9/10), pp. 1068-1086.
- Øvretveit J. (1992). *Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods for Health Services*, Blackwell, Oxford.
- Øvretveit J. (2000). "Total quality management in European health care". *International Journal of Health Care Assurance*, 13: 74-80.
- Pakdil F., Harwood T. (2005). "Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions". *Total Quality Management*, 16(1): 15-30.
- Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. (1991), *Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice*. Chicago, IL: Health Administration Press.
- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1988). "SERVQUAL: A multi-item scale for measuring consumer perceptions of service quality". *Journal of Retailing*, 64: 21-40.
- Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams MV. (1996), "Shame and health literacy: the unspoken connection". *Patient Educ Couns* 27:33–39.
- Parker, D.D. (1958), "The Marketing of Consumer Services", DBA dissertation, University of Washington.
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V. and Nurss, J.R. (1995), "The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients’ literacy skills". *Journal of General Internal Medicine*, 10(10): 537-541.
- Parolo, B. et al. (2015). Attention decay in science. *Available at SSRN 2575225*.

- Pascoe GC. (1983): "Patient satisfaction in primary health care, a literature review and analysis". *Evaluation and program planning*. 6(3/4): 185 – 97.
- Payne A. F.; Storbacka K.; Frow P. (2008), "Managing the co-creation of value", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36 (1): 83-96.
- Payne, A., Frow, P. (2005) 'A Strategic Framework for Customer Relationship Management'. *Journal of Marketing*, 69(4): 167–76.
- Payne, A.F., Storbacka, K. and Frow, P. (2008), "Managing the co-creation of value". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1): 83-96.
- Payne, A.F., Storbacka, K., Frow, P. (2007), "Managing the Co-Creation of Value". *Journal of the Academy of Marketing Science* 36(1):83-96.
- Perianes-Rodríguez, A. et al. (2010). Detecting, identifying and visualizing research groups in co-authorship networks. *Scientometrics*. 82, 2, 307–319.
- Petersen, K. et al. (2008). Systematic mapping studies in software engineering. *12th International Conference on Evaluation and Assessment in Software Engineering*, 1.
- Pick S, Sirkin J, Ortega I, Osorio P, Martinez R, Xocolotzin UGM. (2007), "Escala Para Medir Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE)". *Interam J Psychol.*;41(3):295-304.
- Pinho N., Beirão G., Patrício L., Fisk R.P. (2014), "Understanding value co-creation in complex services with many actors", in *Journal of Service Management*.
- Piredda M., Cossu L., Amato S., Alvaro R., Tartaglini D., Spiga F., Pascarella M.C., De Marinis M.G. (2007), "Misura della soddisfazione del paziente per l'assistenza infermieristica ricevuta: versione italiana del "Newcastle Satisfaction with Nursing Scales", *International Nursing Perspectives*,7(2-3): 25-31.
- Polese F. (2013), *Management sanitario in ottica sistemico vitale*, Collana di studi e ricerche aziendali, Giappichelli editore, Torino.
- Polese F., Capunzo M. (2013), "The determinants of translational medicine success. A managerial contribution", in *Traslational Medicine @ UniSa*.
- Polese F., Carrubbo L. (2014), "A Managerial View of Translational Medicine", in *Annals of Translational Medicine & Epidemiology*.
- Polese F., Moretta Tartaglione A., Cavacece Y. (2016), "Patient empowerment for healthcare service quality improvements: a value co-creation view", in *proceedings 19th Toulon-Verona International Conference Excellence in Services*, University of Huelva (Spain), 5-6 September 2016.
- Polese, F., Di Nauta, P. (2013), "A Viable Systems Approach to Relationship Management in S-D Logic and Service Science", in *Business Administration Review*, Schäffer-Poeschel, 73(2):113-129.
- Polese, F., Moretta Tartaglione, A., Cavacece, Y., Sarno, S. (2017), "Service perspectives' trends in marketing research: a bibliometric analysis", in *proceedings 16th International Marketing Trends Conference*.
- Polese, F., Pels, J. Brodie, R. (2011), "Theoretical Underpinning to Successful Value Co-creation", in Gummesson, E., Mele, C., Polese, F. (a cura di), *Service-Dominant Logic, Network & Systems Theory and Service Science: Integrating three perspectives for a new service agenda*, Giannini Editore, Napoli, p. 84.
- Polese, F., Sarno, S., Carrubbo, L. (2009), "Service Science and Innovation Management: sustainable service and quality performance in the value co-creating age", in *Atti della "12th QMOD and Toulon-Verona Conference"*, Verona, 27–29 Ago., p. 50,

- Prahalad, C.K., Ramaswamy, V. (2000), "Co-opting Customer Competence", *Harvard Business Review*, Vol. 78 No. 1, pp. 79-87.
- Price, J.L. & Mueller, C. W. (1986). *Handbook of organizational measurement*. Marshfield, MA: Pitman Publishing.
- Priporas C., Laspa C., Kamenidou I. (2008). "Patient satisfaction measurement for in-hospital services: A pilot study in Greece". *Journal of Medical Marketing*, 8(4): 325-340.
- Pyzdek T. (2001). *The Six Sigma Handbook*. McGraw-Hill, New York.
- Quinn, G.P., Jacobsen, P.B., Albrecht, T.L., Ellison, B.A., Newman, N.W., Bell, M., & Ruckdeschel, J.C. (2004). "Real-time patient satisfaction survey and improvement process". *Hospital Topics*. 82(3): 26-32.
- Ramsaran- Fowdar R.R. (2005). "Identifying Health Care Quality Attributes". *JHSA, Spring*: 428-443.
- Ramsaran-Fowdar R.R. (2008). "The relative importance of service dimensions in a healthcare setting". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1): 104-124.
- Randall W. S., Gravier M. J., Prybutok V. R, (2011), "Connection, trust, and commitment: dimensions of co-creation?", *Journal of strategic marketing*, 19 (1): 3-24.
- Rantala K., Karjaluoto H. (2016), "Co-creation in health care: Insights into the transformation from value creation to value co-creation through digitization", *Proceedings of the 20th International Academic Mindtrek Conference*, pp. 34-41
- Rathmell, J.M. (1966), "What Is Meant By Services?", *Journal of Marketing*, 30(October): 32-6.
- Regan, W.J. (1963), "The Service Revolution", *Journal of Marketing*, 27(July): 57-62.
- Rehman M., Dean A.M. (2010), "A proposed model of the links between consumer participation, perceived service quality and customers' perceptions of value co-creation", in *International Research Symposium in Service Management*.
- Rehman M., Dean A.M., Pires G. (2012), "A Research framework for examining customer participation in value co-creation: Applying the service dominant logic to the provision of living support services to oncology day-care patient", *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 3(3/4): 226-243.
- Reichheld, F.F. (2003). "The one number you need to grow". *Harvard Business Review*. 81(12): 46-54.
- Reid, P. N., & Gundlach, J.H. (1983). A scale for the measurement of consumer satisfaction with social services. *Journal of Social Service Research*, 7, 37-54.
- Reisi, M., Mostafavi, F., Javadzede, H., Mahaki, B., Sharifirad, G., Tavassoli, E. (2016), "The Functional, Communicative, and Critical Health Literacy (FCCHL) Scales: Cross-Cultural Adaptation and the Psychometric Properties of the Iranian Version". *Iran Red Crescent Med J*. In Press (In Press):e29700.
- Revere L., Black K. (2003). "Integrating Six Sigma with total quality management: a case example for measuring medication errors". *Journal of Healthcare Management*, 48(6): 377-391.
- Risser, J., Jacobson, T.A. and Kripalani, S. (2007), "Development and psychometric evaluation of the self-efficacy for appropriate medication use scale (seams) in low-literacy patients with chronic disease". *Journal of Nursing Measurement*, 15(3): 203-219.
- Rodwell CM. (1996), "An analysis of the concept of empowerment". *J Adv Nurs.*;23(2):305-13.

- Rogers A., Kennedy A., Bower P., Gardner C., Gately C., Lee V., et al. (2008), "The United Kingdom Expert Patients Programme: results and implications from a national evaluation". *Med J Aust.*; 189: 21–24.
- Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. (1997), "A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services". *Psychiatr Serv.*;48(8):1042-7.
- Rosenbaum, M. S., Massiah, C. A. (2007) "When customers receive support from other customers: Exploring the influence of intercustomer social support on customer voluntary performance". *Journal of Service Research*, 9: 257–270.
- Rosenthal, R. (1995). Writing meta-analytic reviews. *Psychological Bulletin*, 118, 183-191.
- Ruggeri M., Greenfield, TK. (1995), "The Italian Version of the Service Satisfaction Scale (Sss-30) Adapted for Community-Based Psychiatric Patients: Development, Factor Analysis and Application". *Evaluation and Program Planning*, 18(2): 191-202.
- Rummel, R.J. (1970). *Applied factor analysis*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Rust, R. (1998), "What Is the Domain of Service Research?". *Journal of Service Research*, 1(November): 107.
- Rust, R.T., Zeithaml, V.A., Lemon, K.N. (2000), *Driving Customer Equity: How Customer Lifetime Value is Reshaping Corporate Strategy*. New York: Free Press.
- Safeer, R.S., Cooke, C.E. and Keenan, J. (2006), "The impact of health literacy on cardiovascular disease". *Vascular Health and Risk Management*, 2(4): 457-464.
- Salmon P, Hall GM. (2004), "Patient empowerment or the emperor's new clothes". *J R Soc Med.*;97(2):53-6.
- Savitt, R. (1990), "Pre-Aldersonian Antecedents to Macromarketing: Insights from the Textual Literature". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 18 (Fall): 293–301.
- Scherbaum CA, Cohen-Charash Y, Kern MJ. (2006), "Measuring General Self-Efficacy: A Comparison of Three Measures Using Item Response Theory". *Educ Psychol Meas.* 66: 1047–1063.
- Schlesinger, L.A., Heskett J.L. (1992), "The ServiceDriven Company,". *Harvard Business Review*, 69(September– October): 71-81.
- Schmitt, N.W. & Klimoski, R.J. (1991). *Research methods in human resources management* Cincinnati, South-Western Publishing.
- Schmitt, N.W. & Stults, D.M. (1985). Factors defined by negatively keyed item: The results of careless respondents? *Applied Psychological Measurement*, 9,367373.
- Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K, Elwyn G, Legare F, Hartner M, et al. (2011), "Measurement of shared decision making—a review of instruments". *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 105: 313–324.
- Schriesheim, C.A., Powers, K.J., Scandura, T.A., Gardiner, C.C. & Lankau, M.J. (1993). Improving construct measurement in management research: Comments and a quantitative approach for assessing the theoretical adequacy of paper-and-pencil survey-type instruments. *Journal of Management*, 19, 385417.
- Schuster M.A., McGlynn E.A., Brook R.H. (1998). "How good is the quality of health care in the United States?". *The Milbank Quarterly*, 76(4): 517-564.
- Schwab, D.P. (1980). Construct validity in organization behavior. In B.M. Staw & L.L. Cummings (eds.) *Research in organizational behavior (Vol. 2, 3-43)*. Greenwich, CT: JAI Press.

- Schyve, P.M. (2007), "Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective". *Journal of General Internal Medicine*, 22(Suppl 2): 360-361.
- Seçkin G. (2011), "Informational and decisional empowerment in online health support communities: initial psychometric validation of the Cyber Info-Decisional Empowerment Scale (CIDES) and preliminary data from administration of the scale". *Support Care Cancer*;19(12):2057-61.
- Seglen P.O. (1994), Causal relationship between article citedness and journal impact, *Journal of the American Society for Information Science*, 45, 1-11.
- Seglen P.O. (1997a), Citations and Journal impact factors: questionable indicators of research quality, *Allergy*, 52, 1050-1056.
- Seglen P.O. (1997b), Why the impact factors of journals should not be used for evaluating research, *British Medical Journal*, 314, 498-502.
- Seiders K., Flynn A.G., Berry L.L., Haws K.L. (2014), "Motivating Customers to Adhere to Expert Advice in Professional Services: A Medical Service Context", in *Journal of Service Research*.
- Shaw G., Bailey A., Williams A. (2011), "Aspects of service-dominant logic and its implications for tourism management: Examples from the hotel industry", *Tourism Management*, 32(2): 207-214.
- Shaw, A. (1912), "Some Problems in Market Distribution,". *Quarterly Journal of Economics*, 12(August): 703–765.
- Shaw, G., Bailey, A., and Williams, A. (2011), "Aspects of service-dominant logic and its implications for tourism management: Examples from the hotel industry", *Tourism Management*, Vol. 32 No. 2, pp. 207-214.
- Shearer NBC, Cisar N, Greenberg EA. (2007), "A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure". *Hear Lung*.;36(3):159-69.
- Sheth, J.N., Schultz, D.E., Grönroos, C. (2013), *Legends in Marketing: Christian Grönroos: Volume 7: Marketing Communication*. SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Shiu AT, Wong RY, Thompson DR. (2003), "Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale". *Diabetes Care*. 26: 2817–2821.
- Small N, Bower P, Chew-Graham C, Whalley D, Protheroe J. (2013), "Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure". *BMC Heal Serv Res*.; 13:263.
- Sohail S.M. (2003). "Service Quality in Hospitals more Favourable than You Might Think". *Managing Service Quality*, 13(3): 197- 206.
- Sørensen K1, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H (2012), "Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models". *BMC Public Health*. 25(12): 80.
- Spohrer J., Maglio P.P., McDavid D., Cortada J.W. (2006), "Convergence and coevolution: Towards a services science", in Bainbridge W. S., Rocco M. C. (Eds), *Managing Nano-Bio-Info-Cogno Innovations: Converging Technologies in Society*, Springer: NY.
- Spohrer J., Vargo S., Caswell N., Maglio P. (2008), "The Service System is the Basic Abstraction of Service Science", *41st Annual HICSS Conference Proceedings*.
- Spohrer, J., Maglio P. P., Bailey J., Gruhl D. (2007), "Steps toward a science of service systems", in *Computer*, vol.40, n.1, pp. 71-77.

- Stavins, C. L. (2006). *Developing employee participation in the patient satisfaction process*. ACHE: Fellowship Case Reports.
- Sternberg, R. J. (1991). Editorial. *Psychological Bulletin*, 109, 3-4
- Stewart Loane S., Webster C.M., D'Alessandro S. (2014), "Identifying Consumer Value Co-created through Social Support within Online Health Communities", in *Journal of Macromarketing*.
- Storbacka, K., Lehtinen, J.R. (2001), *Customer Relationship Management: Creating Competitive Advantage Through Win-Win Relationship Strategies*, McGraw-Hill, New York, NY.
- Suhonen R., KI-Lima M., Msocsci J., Leino-Kilpi H. (2004). "Patient characteristics in relation to perceptions of how individualized care is delivered: research into the sensitivity of the individualized care scale". *Journal of Professional Nursing*, 22(4): 253-261.
- Suzanne C. Makarem and Mona Al-Amin (2014), "Beyond the Service Process: The Effects of Organizational and Market Factors on Customer Perception of Health Care Services", in *Journal of Service Research*.
- Svedberg P, Arvidsson B, Svensson B, Hansson L. (2008), "Psychometric characteristics of a self-report questionnaire (HPIQ) focusing on health promotion interventions in mental health services". *Int J Ment Health Nurs*. 17: 171–179.
- Svedberg P, Svensson B, Arvidsson B, Hansson L. (2007), "The construct validity of a self-report questionnaire focusing on health promotion interventions in mental health services". *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 14: 566–572.
- Sweeney, J.C., Danaher, T.S., and McColl-Kennedy, J.R. (2015), "Customer effort in value cocreation activities improving quality of life and behavioral intentions of health care customers", *Journal of Service Research*, 1094670515572128.
- Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (2007), *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). New York: Allyn and Bacon.
- Tan K., Kannan V.R., Handfield R.B., Ghosh S. (1999). "Supply chain management: an empirical study of its impact on performance". *International Journal of Operations*, 19(10): 1034-1052.
- Taylor S. (1994). "Waiting for service: the relationship between delays and evaluation of service quality". *Journal of Marketing*, 58(2): 56-69.
- Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. (2007), "Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires". *J Clin Epidemiol*. 60: 34–42.
- Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL, Ostelo RW, Bouter LM, de Vet HC. (2012), "Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: A scoring system for the COSMIN checklist". *Qual Life Res*. 21: 651–657.
- Thacker, J.W., Fields, M.W. & Tetrick, L.E. (1989). The factor structure of union commitment: An application of confirmatory factor analysis. *Journal of Applied Psychology*, 74, 228-232.
- The Lancet Editorial: Patient empowerment—who empowers whom?* (2012), 379: 1677.
- Thi P., Briancon S., Empereur F., Guillemin F. (2002). "Factors determining inpatient satisfaction with care". *Social Science and Medicine*, 54: 493-504.
- Thurstone, L.L. (1947). *Multiple-factor analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tian, K. T., Bearden, W. O., Hunter, G. L. (2001), "Consumers' need for uniqueness: Scale development and validation". *The Journal of Consumer Research*, 28: 50–66.

- Tucker A.L. (2004). "The impact of operational failures on hospital nurses and their patients". *Journal of Operations Management*, 22: 151-169.
- Ulaga, W. (2003). "Capturing value creation in business relationships: A customer perspective". *Industrial Marketing Management*, 32: 677-693.
- Ulaga, W., Eggert, A. (2006). "Value-based differentiation in business relationships: Gaining and sustaining key supplier status". *Journal of Marketing*, 70(January): 119-136.
- Ünver Ö., Atzori, W. (2013), *Document D3.2 – Questionnaire for Patient Empowerment Measurement Version 1.0*. ICT PSP – Empowering patients.
- Ünver Ö., Atzori, W. (2013), *Document D3.2 – Questionnaire for Patient Empowerment Measurement Version 1.0*. ICT PSP – Empowering patients.
- Valderas J, Ferrer M, Mendivil J, Garin O, Rajmil L, Herdman M, et al. (2008), "Development of EMPRO: A tool for the standardized assessment of patient-reported outcome measures". *Value Heal.*;11(4):700-8.
- Van Eck, N.J. and Waltman, L. (2014). CitNetExplorer: A new software tool for analyzing and visualizing citation networks. *Journal of Informetrics*. 8, 4, 802-823.
- Van Eck, N.J. and Waltman, L. (2014). Visualizing bibliometric networks. *Measuring Scholarly Impact*. Springer. 285-320.
- Van Oerle S., Mahr D., Lievens A. (2016), "Coordinating online health communities for cognitive and affective value creation", *Journal of Service Management*, 27(4): 481-506.
- Vargo S. L., Lusch R. F. (2004), "Evolving to a new dominant logic for marketing", *Journal of marketing*, 68(1): 1-17.
- Vargo S. L., Maglio P. P., Akaka M. A. (2008), "On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective", in *European Management Journal*, Vol. 26, pp. 145-52.
- Vargo S. L., Maglio P. P., Akaka M. A. (2008), "On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective", *European Management Journal*, 26: 145-152.
- Vargo S.L. · Lusch R.F. (2016), "Institutions and axioms: an extension and update of service-dominant logic". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 44(1): 5-23.
- Vargo S.L., Lusch R.F. (2008), "Service-Dominant Logic of Marketing: continuing the evolution", in *Journal of the Academy of Marketing Science*, n° 36 (1), p. 1-10.
- Vargo S.L., Maglio, P., Akaka, M. (2008), "On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective". *European Management Journal*, 26: 145- 152.
- Vargo, S. L. and Lusch, R. F. (2006), "Service dominant logic: what it is, what it is not, and what it might be", in Lusch, R. F. and Vargo, S. L. (eds), *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate and Directions*, Armonk: M. E. Sharpe, pp. 43-56.
- Vargo, S. L., Lusch, R. F. (2008a), "From goods to service(s): Divergences and convergences of logics". *Industrial Marketing Management*, 37(3): 254-259.
- Vargo, S. L., Lusch, R. F. (2011), "It's all B2B...and beyond: Toward a systems perspective of the market". *Industrial Marketing Management*, 40(2): 181-187.
- Vargo, S.L. (2008), "Customer Integration and Value Creation: Paradigmatic Traps and Perspectives", *Journal of Service Research*, Vol. 11 No. 2, pp. 211-215.
- Vargo, S.L., Lusch R.F. (2008b), "Service-Dominant Logic: Continuing the Evolution". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1): 1-10.
- Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2004). "Evolving to a new dominant logic for marketing". *Journal of Marketing*, 68: 1-17.

- Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2006). "Service-dominant logic: What it is, what it is not, what it might be". In Robert F. Lusch & Stephen L. Vargo (Eds.), *The service-dominant logic of marketing: dialog, debate and directions* (pp. 43–56). Armonk, NY: M.E. Sharpe, Inc.
- Vargo, S.L., Lusch, R.F., Archpru Akaka, M. Yi, H. (2010), "The service-dominant logic of marketing: a review and assessment", *Review of Marketing Research*, 6: 125-67.
- Vargo, S.L., Morgan, F.W. (2005). "Services in society and academic thought: An historical analysis". *Journal of Macromarketing*, 42–53 (June).
- Wadwha, S. S. (2002). "Customer satisfaction and health care delivery systems: Commentary with Australian bias". *The Internet Journal of Nuclear Medicine*. 1(1): 1539-4638.
- Wallerstein N. (2006), "What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe". *Health Evidence Network report*.
- Wan Rashid W.E., Jusoff H.K. (2009). "Service quality in health care setting". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(5): 471-82.
- Wang R, Hsu H, Lee Y, Shin S, Lin KD, An LW. (2016), "Patient empowerment interacts with health literacy to associate with subsequent self-management behaviors in patients with type 2 diabetes: a prospective study in Taiwan". *Patient Educ Couns*. pii: S0738-3991(16)30153-7.
- Ware, J. E. (1987). "Measuring the quality of care: The patient satisfaction component". *National Conference on Quality Assurance in Ambulatory Health Care*, Chicago.
- Ware, J.E., Snyder, M.K., & Wright, W.R. (1976). *Development and validation of scales to measure patient satisfaction with medical care services: Vol. I of a final report: Part A. Review of literature, overview of methods, and results regarding construction of the scales* (NTIS Publication No. PB 288- 329). Springfield, VA: National Technical Information Service.
- Webster, F.E., (1992). "The changing role of marketing in the corporation". *Journal of Marketing*, 56(October):1–17.
- Weisman, E., & Koch, J. (1989, June). "Progress notes: Special patient satisfaction issue". *Quality Review Bulletin*, 15, 166–167.
- Weiss, B.D. (2007), *Health literacy and patient safety: Help patients understand (2nd)*. Chicago: American Medical Association Foundation and American Medical Association.
- Wells R., Gallarza M.G., Andreu L., Calero R. (2013), "Application of Service Dominant Logic to the Medical Device Industry", in *Atti del Convegno EGPA Annual Conference*, Edinburgh.
- Wentzer HS, Bygholm A. (2013), "Narratives of empowerment and compliance: studies of communication in online patient support groups". *Int J Med Inform.*;82(12): E386-94.
- Widaman, K.F. (1985). Hierarchically nested covariance structure models for multitrait-multimethod data. *Applied Psychological Measurement*, 9, 1-26.
- Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M. and Nurss, J.R. (1998), "relationship of functional health literacy to patient's knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes". *Archives of Internal Medicine*; 158: 166-172.
- World Health Organization, (2000), *Client Satisfaction Evaluations*. Workbook 6. WHO/MSD/MSB 00.2g
- World Health Organization. Regional Office for Europe. *Health 2020 policy framework and strategy document* [Internet]. Geneva: WHO; 2012.

- Xie, C., Bagozzi, R.P., Troye, S.V. (2008), "Trying to prosume: toward a theory of consumers as co-creators of value", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36: 109-122.
- Yamada S, Suzuki K. (2007), "Application of Empowerment Scale to patients with schizophrenia: Japanese experience". *Psychiatry Clin Neurosci*. 61: 594–601.
- Ygge B., Arnetz J. (2001). "Quality of pediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care". *International Journal for Quality in Health Care*, 13(1): 33-43.
- Yi Y., Gong T. (2013), "Customer value co-creation behavior: scale development and validation", *Journal of Business Research*, 66 (9): 1279-1284.
- Yi Y., Natarajan R., Gong T. (2011), "Customer participation and citizenship behavioural influences on employee performance, satisfaction, commitment, and turnover intention", *Journal of Business Research*, 64: 87-95.
- Yi, Y., Gong, T. (2008), "If employees "go the extra mile", do customers reciprocate with similar behavior?". *Psychology and Marketing*, 25: 961–986.
- Zaichkowsky, J. L. (1985), "Measuring the involvement construct". *The Journal of Consumer Research*, 12: 341–352.
- Zainuddin N. , Russell-Bennett R., Previte J. (2013), "The value of health and wellbeing: an empirical model of value creation in social marketing", in *European Journal of Marketing*.
- Zanetti C.A., Taylor N. (2016), "Value co-creation in healthcare through positive deviance", *Healthcare*, 4(4): 277-281.
- Zeithaml V.A. (1988). "Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence". *Journal of Marketing*, 52(3): 2-22.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., Berry, L.L. (1985). "Problems and strategies in services marketing". *Journal of Marketing*, 49(Spring): 33–46.
- Zineldin M. (2006). "The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Q model at some Egyptian and Jordanian medical clinics". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1): 60-92.
- Zuboff, S., Maxmin, J. (2002). *The support economy*. New York: Penguin.

Sitografia

- <http://www.my-personaltrainer.it/salute/internet-salute.html>
- http://www.ansa.it/sito/notizie/tecnologia/internet_social/2016/10/14/salute-85-pazienti-si-informa-sul-web_18c99374-4fc2-4e09-952f-06092765a728.html
- <http://www.sociale.it/2016/03/11/salute-e-internet-come-informarsi-ed-evitare-rischi/>
- <http://www.teennet.ca/>
- <http://www.sustainsproject.eu/sustainsproject/attachment/d32v10questionnaireforpatientempowermentassessment.pdf>
- <http://scientific.thomson.com/media/scpdf/ws7-1005-q-it.pdf>
- <http://www.ps.uni-sb.de/~duchier/pub/vbush/vbush.shtml>
- <http://www.uniopen.it/FC/ssd/ipertesto/think.html>
- <http://scientific.thomson.com/media/scpdf/ws7-1005-q-it.pdf>
- <http://www.issi-society.info/>

Appendice A - Risultati della revisione della
letteratura sulla co-creazione di valore in ambito
sanitario

AUTORI	ANNO	TITOLO	*	JOURNAL/PROCEEDINGS	°
Zanetti, C.A., Taylor N.	2016	Value co-creation in healthcare through positive deviance	JA	Healthcare	Altro
Pyatt, A., Wright, G, Walley, K. and Bleach, E.	2016	Value co-creation in the animal healthcare sector	CP	4 th International Conference on Contemporary Marketing Issues	S-D 1
Polese, F., Moretta Tartaglione, A., Cavacece Y.	2016	Patient empowerment for healthcare service quality improvements: a value co-creation view	CP	19th Toulon-Verona Conference "Excellence in Services"	S-D 1
Eriksson, EM., Eliasson, K., Hellstrm, A., Maatta, S., Vaughn, L.	2016	When they talk about motherhood: a qualitative study of three groups' perceptions in a Swedish child health service context	JA	International Journal for Equity in Health	Altro
Chandler, JD., Chen, S.	2016	Practice styles and service systems	JA	Journal of Service Management	SS
Van Oerle, S., Mahr, D., Lievens, A.	2016	Coordinating online health communities for cognitive and affective value creation	JA	Journal of Service Management	Altro
Olsson, EM.	2016	Interpersonal complaints regarding cancer care through a gender lens	JA	International Journal of Health Care Quality Assurance	S-D 1
Osei-Frimpong, K.	2016	Examining the effects of patient characteristics and prior value needs on the patient-doctor encounter process in healthcare service delivery	JA	International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing	S-D 1
Rantala, K., Karjaluo, H.	2016	Co-creation in health care: Insights into the transformation from value creation to value co-creation through digitization	CP	AcademicMindtrek 2016 - Proceedings of the 20th International Academic Mindtrek Conference	S-D 1
Black, A.S., Sahama, T.	2016	Chronicling the patient journey: Co-creating value with digital health ecosystems	CP	ACM International Conference Proceeding Series	S-D 1
Osei-Frimpong, K., Wilson, A., Owusu-Frimpong N.	2015	Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: a CIT approach	JA	Journal of Service Theory and Practice	S-D 1
Zhanga, L., Tonga, Demirela, H.O., Duffya, V.G., Yiha, Y., Bidassie, B.	2015	A practical model of value co-creation in healthcare service	CP	6th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics (AHFE 2015) and the Affiliated Conferences, AHFE 2015 Procedia Manufacturing	S-D 1/SS
Sukkirda, V., Shirahadaa, K.	2015	Technology challenges to healthcare service innovation in aging Asia: Case of value co-creation in emergency medical support system	JA	Technology in Society	S-D 1
Osei-Frimpong, K., Wilson, A.	2015	Value perceptions in value co-creation in healthcare service delivery at the micro	CP	The 14th International Research Symposium on Service Excellence in Management	S-D 1

		level: implications for theory and practice			
Nudurupati, SS., Bhattacharya, A., Lascelles, D., Caton, N.	2015	Strategic sourcing with multi-stakeholders through value co-creation: An evidence from global health care company	JA	International Journal of Production Economics	S-D I
Wells, A., Gallarza, M.G., Andreu, L., Dwivedi, P.K.	2015	Application of Service Dominant Logic to the medical device industry	JA	International Review on Public and Nonprofit Marketing	S-D I
Dwivedi, P.K.	2015	Improvised model for BOP healthcare in India: Lessons from NRHM	JA	International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing	Altro
Chakraborty, S., Bhattachary, Dobrzykowski, D.	2014	Impact of Supply Chain Collaboration on Value Co-creation and Firm Performance: A Healthcare Service Sector Perspective	JA	Procedia Economics and Finance	S-D I
Krisjanous J., Maude R.	2014	Customer value co-creation within partnership models of health care: an examination of the New Zealand midwifery Partnership Model	JA	Australasian Marketing Journal	Altro
Pinho, N., Beirão, G., Patrício, L., Fisk, R.P.	2014	Understanding value co-creation in complex services with many actors	JA	Journal of Service Management	SS
Stewart Loane S., Webster C.M., D'Alessandro S.	2014	Identifying Consumer Value Co-created through Social Support within Online Health Communities	JA	Journal of Macromarketing	S-D I
Makarem, S.C., Al-Amin, M.	2014	Beyond the Service Process: The Effects of Organizational and Market Factors on Customer Perception of Health Care Services	JA	Journal of Service Research	Altro
Seiders K., Flynn A.G., Berry L.L., Haws K.L.	2014	Motivating Customers to Adhere to Expert Advice in Professional Services: A Medical Service Context	JA	Journal of Service Research	
Chakraborty S., Dobrzykowski D.	2014	Examining value co-creation in healthcare purchasing: a supply chain view	JA	Verslas: Teorija ir praktika / Business: Theory and Practice	S-D I
Chakraborty S., Dobrzykowski D.	2013	Linking service-dominant logic and healthcare supply chain	CP	24th Annual Pom Conference	S-D I
Iandolo, F., Calabrese, M., Antonucci, M., Caputo, F.	2013	Towards a Value Co-Creation Based Healthcare System	CP	The 2013 Naples Forum on Service. Service Dominant Logic, Networks & Systems Theory and Service Science	S-D I
Helkkula, A., Linna, M., Kelleher, C.	2013	Health, Cost, Prevention and Cure – Value and Value Co-Creation in Public Healthcare	CP	The 2013 Naples Forum on Service. Service Dominant Logic, Networks & Systems Theory and Service Science	S-D I
Zaimuddin N., Russell-Bennett R., Previte J.	2013	The value of health and wellbeing: an empirical model of value creation in social marketing	CP	European Journal of Marketing	S-D I

Capunzo M., Polese F., Boccia G., Carrubbo L., Clarizia F., De Caro F.	2013	Advances in Service Research for the understanding	CP	The 2013 Naples Forum on Service. Service Dominant Logic, Networks & Systems Theory and Service Science	S-D 1
Polese F., Capunzo M.	2013	The determinants of translational medicine success. A managerial contribution	JA	Traslational Medicine @ UniSa	S-D 1
McColl-Kennedy J.R., Vargo S.L., Dagger T.S., Sweeney J.C., van Kasteren Y.	2012	Health Care Customer Value Co-creation Practice Styles	JA	Journal of Service Research	S-D 1
Elg M., Engström J., Witell L., Poksinska B.	2012	Co-creation and learning in health-care service development	JA	Journal of Service Management	S-D 1
Barile S., Polese F., Saviano M., Carrubbo L., Clarizia F.	2012	Service Research Contribution to Healthcare Networks	CP	Innovative Service Perspectives, Hanken School of Economics	SS
Buranarach, M., Thatphithakul, N., Kawtrakul, A., Wongrochananan, S., Kulnawan, N., Jiamjarasrangi, W.	2011	Development of service systems to support diabetes patient self-management using a personalized service framework	CP	Proceedings - 2011 Annual SRII Global Conference	Altro
Gill L., White L., Cameron I.D.	2011	Service co-creation in community-based aged healthcare	JA	Managing Service Quality: An International Journal	S-D 1
Rehman M., Dean A.M.	2010	A proposed model of the links between consumer participation, perceived service quality and customers' perceptions of value co-creation	CP	International Research Symposium in Service Management	Altro
Kuo, D.C.L., Lin, F.R., Chih, H.H.D., Yang, Y.C.B.	2009	Determining appropriate modes for service trade from value chain and value co-creation perspectives	CP	Proceedings of the 42nd Annual Hawaii International Conference on System Sciences, HICSS	S-D 1
McColl-Kennedy J.R., Vargo S.L., Dagger T.S., Sweeney J.C.	2009	Customers as Resource Integrators: Styles of Customer Co-creation	CP	The 2009 Naples Forum on Service. Service-Dominant Logic, Service Science, and Network Theory	S-D 1
Nambisan P., Nambisan S.	2009	Models of consumer value cocreation in health care.	JA	Health Care Management Review	Altro
Nordgren L.	2009	Value creation in health care services – developing service productivity: Experiences from Sweden	JA	International Journal of Public Sector Management	Altro
Nordgren L.	2008	The performativity of the service management discourse: “Value creating customers” in Healthcare	JA	Journal of Health Organization and Management	S-D 1
Erat P., Zorzi O.	2007	Networked Healthcare: Organising for Networked Healthcare: Towards Future Organisational Models	JA	Journal of Medical Marketing	Altro
Berry L.L., Bendapudi N.	2007	Health Care: A Fertile Field for Service Research	JA	Journal of Service Research	S-D 1/SS

*JA=Journal Article CP=Conference Proceedings
°S-D 1= Service Dominant logic SS= Service Science

Appendice B - Il questionario

PROGETTO DI RICERCA SULLA PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE AL SERVIZIO SANITARIO

Il presente questionario costituisce un test di un modello di indagine del coinvolgimento del paziente nei servizi sanitari e il suo ruolo nel miglioramento della qualità dei servizi stessi. Le domande sono state costruite sulla base della letteratura scientifica ma solo attraverso il vostro contributo si potrà testarne la validità. Il modello verrà perfezionato sulla base delle vostre risposte. L'obiettivo della ricerca è quello di offrire ai responsabili delle politiche sanitarie informazioni utili per una pianificazione dei servizi sanitari attraverso "gli occhi dei pazienti" e l'erogazione degli stessi sulla base dei loro bisogni reali.

Le saremmo grati se potesse contribuire completando il questionario sulla base della sua personale esperienza con il Sistema Sanitario.

Tutte le informazioni saranno trattate in forma aggregata e anonima.

A. Informazioni generali

A.1 Genere

- Maschio Femmina

A.2 Et ;

A.3 Nazionalit 

.....
.....

B. Qual   il pi  alto livello di istruzione che ha conseguito?

- Istruzione primaria (scuola elementare)
- Istruzione secondaria inferiore (ex scuola media di durata triennale)
- Istruzione secondaria superiore (ex scuola superiore di durata quinquennale)
- Istruzione superiore di primo grado (laurea universitaria e formazione professionale)
- Istruzione superiore di secondo grado (Master e Dottorato di Ricerca)

1. PATIENT EMPOWERMENT

Sulla base della sua personale esperienza con i servizi sanitari, esprima la sua opinione sulle seguenti affermazioni scegliendo un valore da 1 a 5, dove 1 rappresenta “per niente d’accordo” e 5 “completamente d’accordo”.

1.1 Alfabetizzazione Sanitaria

Leggendo le informazioni mediche scritte o le istruzioni dei farmaci:

1.1.1 Ho trovato parole che non conoscevo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.2 Ho avuto difficoltà nel comprenderne il contenuto

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.3 Ho avuto bisogno di molto tempo per leggere e comprendere

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.4 Ho avuto bisogno che qualcuno mi aiutasse a leggere e comprendere

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.5 Sono in grado di comprendere i risultati degli esami clinici

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.6 Riesco a comprendere la natura e le cause delle mie condizioni di salute*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Da quando mi è stata diagnosticata la mia patologia:

1.1.7 Ho raccolto le informazioni da varie fonti

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.8 Ho estratto le informazioni più rilevanti per la mia patologia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.9 Ho compreso le informazioni ottenute

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.10 Mi sono accertato che le informazioni ottenute fossero adeguate per la mia patologia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.11 Ho controllato che le informazioni ottenute fossero valide, affidabili e credibili

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quando accedo ad Internet per informarmi e aggiornarmi sulla mia patologia:

1.1.12 So come trovare informazioni utili

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.13 So come utilizzare le informazioni che trovo su Internet*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.14 Riesco a distinguere le informazioni di alta qualità da quelle di bassa qualità

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.1.15 Mi sento fiducioso nell'utilizzare le informazioni trovate per prendere decisioni sulla mia salute *

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2 Partecipazione

Riguardo al processo decisionale relativo alla gestione della mia patologia:

1.2.1 Partecipo nella definizione degli obiettivi con i medici

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.2 Lavoro in squadra con i miei medici e altri operatori sanitari

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.3 Preferisco raccogliere più informazioni possibili sulle alternative di trattamento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.4 Cerco di esprimere ai medici le mie preferenze per il trattamento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.5 Ho il coraggio di avere un approccio personale e condividere i miei pensieri con gli operatori sanitari

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.6 Partecipo attivamente alle decisioni riguardanti la mia assistenza sanitaria

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.7 Sono consapevole di poter scegliere tra diverse opzioni di trattamento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.8 Conosco le diverse opzioni di trattamento disponibili per la mia patologia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.9 Sono in grado di rifiutare una decisione presa dal medico sul mio trattamento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.10 Mi sento sicuro nella scelta tra le diverse opzioni di trattamento*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.11 Sono consapevole di poter cambiare idea circa un trattamento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.12 Parlo con il mio medico se cambio idea circa il mio trattamento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.13 Rifiuto un trattamento se penso che non sia la cosa migliore per me*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.14 Partecipo attivamente ai programmi di trattamento e di assistenza sanitaria.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.2.15 Quando gli obiettivi non vengono raggiunti, discuto con il medico come regolare eventuali attività di auto-cura.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3 Controllo

Nella gestione quotidiana della mia patologia:

1.3.1 Mi impegno a mantenere al meglio il mio stato di salute

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.2 Sono bravo nell'usare ausili e dispositivi medici per rendere la mia vita più facile

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.3 Osservo con diligenza il mio stato di salute e faccio tutto ciò che è necessario per mantenerlo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.4 So quando il mio stile di vita mi crea problemi di salute

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.5 Prendo sul serio l'impegno per il mio trattamento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.6 Ho le competenze che mi permettono di tenere la mia condizione sotto controllo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.7 Seguo le raccomandazioni dei medici (ad esempio, esercizio fisico regolare e dieta)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.8 Seguo le indicazioni di auto-cura necessarie per prevenire complicazioni

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.9 Visito periodicamente lo specialista per controllare l'andamento della mia patologia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.10 Sono in grado di mantenere i cambiamenti dello stile di vita necessari per la mia salute

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.11 So come prevenire ulteriori problemi per il mio stato di salute

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.12 Conosco gli auto-trattamenti per la mia condizione di salute*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.13 So come ridurre al minimo l'impatto dei sintomi della mia patologia nella vita quotidiana*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.3.14 Sono in grado di gestire la mia condizione di salute da solo a casa*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4 Comunicazione

Quando comunico con i miei medici o altri operatori sanitari:

1.4.1 Esprimo sempre la mia opinione

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.2 Esprimo liberamente sentimenti negativi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.3 Comunico con molta confidenza

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.4 Fornisco fiduciosamente tutte le informazioni di cui hanno bisogno

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.5 Faccio tutte le domande per ottenere le risposte di cui ho bisogno

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.6 Chiedo di spiegare nuovamente quello che non capisco

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.7 Descrivo dettagliatamente i miei sintomi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.8 Descrivo la mia storia clinica e le allergie con molta precisione

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.9 Racconto con sincerità le mie abitudini e stili di vita anche quando dannosi per la salute

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.10 Ammetto quando non seguo le indicazioni o il trattamento come prescritto

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.11 Riesco a dialogare con semplicità

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.12 Chiedo sempre informazioni aggiuntive

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1.4.13 Pretendo di essere ascoltato

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. CO-CREAZIONE DI VALORE

Sulla base della sua personale esperienza con i servizi sanitari, esprima la sua opinione sulle seguenti affermazioni scegliendo un valore da 1 a 5, dove 1 rappresenta “per niente d’accordo” e 5 “completamente d’accordo”.

2.1 Ricerca di informazioni

Quando ho scelto il servizio di cura adeguato per la mia patologia:

2.1.1 Ho chiesto ad altre persone informazioni sul servizio

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.1.2 Ho cercato informazioni su come ottenere il servizio*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.1.3 Ho osservato il comportamento degli altri utenti al fine di utilizzare al meglio il servizio*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.2 La condivisione delle informazioni

2.2.1 Ho spiegato chiaramente cosa volevo che gli operatori sanitari facessero.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.2.2 Ho dato le informazioni corrette agli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.2.3 Ho fornito tutte le informazioni necessarie agli operatori sanitari per svolgere i loro compiti.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.2.4 Ho risposto a tutte le domande degli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.3 Comportamento responsabile

2.3.1 Ho eseguito tutti i compiti che mi sono stati assegnati dagli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.3.2 Ho adeguatamente rispettato tutti i comportamenti che gli operatori sanitari si attendevano da me.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.3.3 Ho tenuto un comportamento responsabile verso gli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.3.4 Ho seguito le direttive o gli ordini degli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.4 Interazione personale

2.4.1 Sono stato amichevole con gli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.4.2 Sono stato gentile con gli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.4.3 Sono stato educato con gli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.4.4 Sono stato cortese con gli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.4.5 Non sono stato sgarbato con gli operatori sanitari*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.5 Commenti

2.5.1 Se ho un'idea utile su come migliorare il servizio, la comunico agli operatori sanitari*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.5.2 Quando ricevo un buon servizio dagli operatori, lascio un commento al riguardo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.5.3 Quando si verifica un problema, lo comunico agli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.6 Promozione

2.6.1 Ho parlato positivamente ad altre persone del servizio ricevuto e degli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.6.2 Ho consigliato ad altre persone il servizio e gli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.6.3 Ho incoraggiato amici e parenti a utilizzare il servizio e gli operatori sanitari.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.7 Aiuto

2.7.1 Assisto gli altri pazienti se ne hanno bisogno*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.7.2 Aiuto gli altri pazienti se sembrano avere problemi.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.7.3 Insegno ad altri pazienti come utilizzare il servizio in modo corretto.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.7.4 Do consigli ad altri pazienti.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.8 Tolleranza

2.8.1 Se il servizio non viene erogato come previsto, sono disposto a sopportarlo*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.8.2 Se un operatore commette un errore durante l'erogazione del servizio, sono disposto ad essere tollerante*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.8.3 Se devo aspettare più dei normali tempi di attesa per ricevere il servizio, sono disposto ad adattarmi*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 SODDISFAZIONE

3.1 Interazioni con il personale medico e sanitario

Esprima il suo livello di soddisfazione circa le interazioni avute con i medici e altri operatori sanitari durante la sua esperienza con i servizi sanitari, scegliendo per le seguenti affermazioni un valore da 1 a 5, dove 1 rappresenta “per niente soddisfatto” e 5 “completamente soddisfatto”.

3.1.1 Conoscenze professionali e competenze dei medici e degli operatori sanitari

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.1.2 Capacità di ascolto e di comprensione dei problemi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.1.3 Rispetto della privacy e dei diritti del paziente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.1.4 Disponibilità a fornire maggiori informazioni

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.1.5 Spiegazione delle procedure cliniche specifiche*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.1.6 Disponibilità alla collaborazione

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.1.7 Quantità di aiuto ricevuta

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.1.8 Contributo ricevuto per il miglioramento della qualità di vita

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.2 Servizi sanitari

Esprima il suo livello di soddisfazione circa i servizi sanitari che ha ricevuto durante la sua esperienza, scegliendo per le seguenti affermazioni un valore da 1 a 5, dove 1 rappresenta “per niente soddisfatto” e 5 “completamente soddisfatto”.

3.2.1 Semplicità delle procedure e tempestività

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.2.2 Tipologia dei servizi offerti

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.2.3 Benefici ottenuti sul benessere e prevenzione delle ricadute

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.2.4 Efficacia dei servizi per alleviare i sintomi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Esprima il suo livello di soddisfazione circa i servizi sanitari che ha ricevuto durante la sua esperienza, scegliendo per le seguenti affermazioni un valore da 1 a 5, dove 1 rappresenta “per niente d'accordo” e 5 “completamente d'accordo”.

3.2.5 Ho ricevuto il servizio che desideravo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.2.6 Il trattamento ricevuto è stato in linea con le mie esigenze

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.2.7 Se un amico si trovasse nella mia stessa condizione gli consiglierei lo stesso trattamento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.2.8 I servizi che ho ricevuto mi hanno aiutato ad affrontare in modo più efficace i problemi*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.2.9 Sono complessivamente soddisfatto dei servizi ricevuti*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

* *Item eliminati con l'analisi delle componenti principali*

C. Ha una malattia cronica o una condizione di salute che richiede un trattamento a lungo termine?

o Sì

o No

Se "sì":

D. Per favore, scelga:

- Diabete
- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)
- Scompenso cardiaco
- Artrite
- Artrosi
- Fibrosi cistica
- Ipertensione
- Malattie cardiovascolari
- Malattie respiratorie croniche
- Malattie muscolari degenerative

Altro.....

Per favore, indichi quanti minuti ha impiegato per la compilazione del questionario:

.....

Se ritiene che qualche domanda possa aver urtato la sua sensibilità o sia stata invasiva e inappropriata, sarebbe gradito se indicasse il numero della domanda/e e, volendo, spiegasse il perché:

.....
.....
.....

Se ha incontrato alcune difficoltà nel comprendere o rispondere a qualche domanda o ritiene che possa essere stata formulata male, sarebbe gradito se indicasse il numero della/e domanda/e e, volendo, spiegasse il perché:

.....
.....
.....

Ulteriori suggerimenti

.....
.....
.....

Grazie!