

A. Coluccia, F. Ferretti, R. Cioffi

Cenni teorici sul concetto di qualità percepita in sanità

Università di Siena, Centro Interdipartimentale di Soddisfazione dell'Utenza e Qualità Percepita nei Servizi Sanitari

RIASSUNTO. La questione della qualità è un tema centrale nella gestione dei servizi sanitari. In questo articolo verranno riassunti i più importanti approcci teorici, fornendo una definizione generale di "qualità" e cercando una possibile generica relazione tra i concetti di "qualità percepita" e di "soddisfazione dell'utenza". Infine, prenderemo in esame alcuni problemi metodologici, riguardanti le indagini sulla percezione della qualità nei servizi sanitari. Attraverso l'analisi di alcuni esempi, metteremo a confronto due metodologie provenienti dalle Università di Siena (Italia) e dal Picker Institute di Oxford (Regno Unito).

Parole chiave: qualità percepita, soddisfazione dell'utenza, servizi sanitari.

ABSTRACT. *THEORIC HINTS ON THE QUALITY PERCEPTION IN HEALTH CARE SERVICES CONCEPT. The issue of quality is a core topic in healthcare services management. In this article we try to summarize the most relevant theoretical approaches, providing a general definition of "quality" and trying a possible generic relationship between the concepts of "perceived quality" and "client satisfaction". Finally, we examine some methodological problems, concerning surveys on quality perception in healthcare services. Through the analysis of some examples, we will compare two methodologies, coming from the University of Siena (Italy) and from the Picker Institute Europe in Oxford (United Kingdom).*

Key words: *perceived quality, satisfaction, healthcare services.*

Introduzione

Attualmente, ed anche paradossalmente, si occupano di qualità molteplici figure, spesso assai lontane fra loro sia per formazione che per risvolti professionali. Si assiste ad una molteplicità di professioni che si occupano di assetti di gestione della qualità, fra cui ricordiamo alcuni ambiti professionali: ingegneri, avvocati, statistici, medici del lavoro, psicologi (non molti a dire il vero), coordinatori infermieristici, geometri. È chiaro che, se da un lato lusinga un tale ampio interesse, contemporaneamente, rende aspecifica tale materia e, soprattutto, la svilisce del suo alto impatto psico-sociale.

La qualità, infatti, oltre ad essere uno strumento-azione di supervisione e gestione di una buona prassi socio-lavorativa, dovrebbe essere anche un'occasione di approfondimento di alcune tematiche spesso poste in secondo piano nelle relazioni che si vengono a creare nell'ambiente di lavoro stesso quali: la comunicazione, le relazioni interpersonali, la gestione delle emozioni, la motivazione. Inoltre, altri argomenti, sempre di natura psicologica, vengono ad intrecciarsi con l'area della qualità: il clima organizzativo, la soddisfazione dell'utenza, la verifica degli assetti aziendali.

Attualmente, purtroppo, sembra che tali argomenti, prettamente di natura psicologica (e che richiedono una adeguata formazione), siano diventati anche (se non soprattutto) luogo di interesse delle figure, precedentemente citate.

Cenni storici

La definizione, oggi, di Qualità in Sanità nel mondo non può prescindere dalla storia della Qualità: Iniziata subito dopo la fine della seconda guerra mondiale con W. Edward Deming, statunitense esperto di organizzazione aziendale il quale iniziò a diffondere i criteri di qualità organizzativa basandosi sulle esperienze vissute nel periodo di eccezionale emergenza per la ricostruzione del potenziale militare e tecnologico americano. "...Il modo di gestire l'impresa Company - Wide Quality Control (CWQC) venne quindi accantonato proprio nel paese dove aveva avuto le sue origini. Deming, agli inizi degli anni '50 si

recò in Giappone ed iniziò a diffondere e confrontare tali concetti. L'approccio proposto suscitò vivo interesse.

A tal proposito si ricorda l'aneddoto nel quale il professor Asaka, uno dei quattro professori che rappresentano i grandi padri del CWQC, attribuì ad un errore di traduzione la fortuna del Controllo di Qualità in Giappone. Nel 1950 invece di tradurre "controllo" con "jisho" fu usata la parola "kanry" (management). Si cominciò così ad impostare il Management della Qualità invece del Controllo di Qualità, estendendo a tutti i settori dell'impresa l'obiettivo della qualità.

Nel 1960 Deming riceve un alto riconoscimento onorifico da parte dell'Imperatore del Giappone e il *Total Quality Management* (TQM) entra diffusamente nelle organizzazioni aziendali e nella cultura imprenditoriale giapponese. Saranno necessari altri venti anni prima che la conoscenza dei concetti e delle tecniche del TQM si diffondessero nel mondo industrializzato d'Occidente, forse anche per capire, frenare e competere con "il fenomeno" Giappone che rapidamente aveva imposto sui mercati internazionali i propri prodotti.

Da allora si sono succeduti una ricca serie di approcci teorici che tentiamo di riassumere di seguito.

W. Edwards Deming: in una delle sue opere più importanti declina in una sorta di "decalogo" lo sforzo che deve essere perseguito affinché i processi lavorativi ed organizzativi possano essere impostati in un'ottica di qualità. Quelli che seguono sono alcuni dei suoi "suggerimenti":

1. Create costanza rispetto allo scopo di migliorare il prodotto e il servizio, con l'obiettivo di diventare competitivi e di restare nel business nonché di creare posti di lavoro.
2. Adottate la nuova filosofia. Ci troviamo in una nuova era economica. I manager occidentali devono affrontare la sfida, assumersi le loro responsabilità e guidare il cambiamento.
3. Interrompete la dipendenza dagli esami per raggiungere la qualità. Eliminate la necessità di esami a livello di massa innanzi tutto attraverso la costruzione della qualità all'interno del prodotto.
4. Cessate la pratica di assegnare i compiti sulla base di etichette di prezzo. Piuttosto, minimizzate i costi totali. Rivolgetevi ad un singolo fornitore per ognuno degli articoli, instaurando un rapporto a lungo termine di lealtà e fiducia.
5. Migliorate continuamente il sistema di produzione ed il servizio, al fine di incrementare la qualità e la produttività e di ridurre costantemente i costi.
6. Introdurrete l'addestramento al lavoro.
7. Istituite la leadership. Il compito della supervisione dovrebbe essere quello di aiutare le persone, le macchine e gli accessori a funzionare meglio. La supervisione del management ha bisogno di controllo così come la supervisione degli addetti alla produzione.
8. Eliminate la paura, in modo che ognuno possa lavorare efficacemente per la società.
9. Rompete le barriere tra i vari reparti. Le persone addette alla ricerca, alla progettazione, alle vendite e alla produzione devono lavorare come una squadra, affini-

ché si possano prevedere i problemi di produzione a partire da una conoscenza diretta del prodotto e del servizio.

10. Eliminate gli slogan, le esortazioni e gli obiettivi che richiedono alla forza lavoro zero difetti e nuovi livelli di produttività. Tali esortazioni creano soltanto rapporti conflittuali, dal momento che l'insieme delle cause della bassa qualità e della bassa produttività appartengono al sistema e non dipendono perciò dalla forza lavoro.
13. Istituite un vigoroso programma di educazione e di auto-miglioramento.
14. Mettete a lavorare tutti i componenti della società in modo da realizzare la trasformazione. La trasformazione è compito di tutti.

Philip B. Crosby: analogamente a Deming, crede nell'innato desiderio dei lavoratori di svolgere bene il loro lavoro. "Presumete sempre che le persone siano vitalmente interessate al processo di miglioramento della qualità. Esse si comporteranno in modo da soddisfare la vostra convinzione. Pensate al meglio ed è ciò che di solito accade". Conosciuto in tutto il mondo per frasi tipo "zero difetti", e per slogan come "fatelo bene la prima volta" e "la qualità significa conformarsi alle richieste", anche Crosby ha formulato un piano di 14 punti per migliorare la qualità, nel quale il focus centrale dell'impegno verso la qualità diventa sempre più l'individuo che partecipa al processo di miglioramento, individuo al quale si richiede una "consapevolezza della qualità". Nascono così i gruppi di miglioramento, i comitati per i programmi a "zero difetti", la "giornata a zero difetti", in un continuo incoraggiamento alle persone ad essere "fanatiche", cioè ossessionate dalla qualità. Tali persone, egli dice, "lasciano dietro di sé orme invece che semplice polvere".

Joseph Juran: tale teorico fu premiato con l'Ordine del Tesoro Sacro dall'Imperatore Hiro Hito "per lo sviluppo del controllo della qualità in Giappone e per aver promosso l'amicizia tra USA e Giappone". Per molti versi, il messaggio di Juran è parallelo a quello di Deming. Anch'egli sostiene che il top-management ha l'obbligo di innalzare i comuni livelli di qualità, non solo nel soddisfare un bisogno, un servizio od uno scopo ben definiti, ma anche nel soddisfare le attese dei clienti conformandosi agli standard ed alle caratteristiche applicabili. Secondo Juran sono necessarie una serie di azioni fondamentali per attuare i miglioramenti di qualità:

1. Costruire consapevolezza circa la necessità e l'opportunità di ricorrere al miglioramento.
2. Predisporre gli obiettivi del miglioramento.
3. Organizzarsi in modo tale da raggiungere gli obiettivi; (determinare un consiglio di qualità, identificare i problemi, selezionare progetti, designare gruppi, scegliere i cosiddetti "facilitatori").
4. Fornire addestramento.
5. Attuare progetti per risolvere i problemi.
6. Riferire i progressi.
7. Attribuire i riconoscimenti.
8. Comunicare i risultati.
9. Segnare il punteggio.

10. Mantenere l'impulso attraverso un tracciato dei miglioramenti annuali dei sistemi e dei processi regolari della società.

Juran ci incoraggia poi a pensare alla qualità a due livelli: "adeguatezza all'uso" e "conformità alle caratteristiche". Un dato prodotto potrebbe soddisfare tutte le caratteristiche che il produttore ha stabilito ma non essere adeguato all'uso.

Armand V. Feigenbaum: nonostante non sia famoso come Deming, Juran e Crosby, Feigenbaum ha esercitato un'ampia influenza sull'evoluzione del management della qualità. Secondo la sua impostazione il Total Quality Control rappresenta un sistema efficace per integrare lo sviluppo della qualità, la sua manutenzione e gli sforzi per migliorarla da parte dei vari gruppi di un'organizzazione, in modo da permettere al marketing, alla progettazione, alla produzione ed al servizio i livelli più economici per garantire la soddisfazione del cliente. La filosofia che sottende questo pensiero fa perno sull'idea che la determinazione dei livelli qualitativi di un prodotto/servizio debba essere determinata prevalentemente dal cliente, anziché soltanto dai requisiti di progettazione, dalle strategie di marketing o dagli obiettivi del manager.

Masaaki Imai: il credo di questo autore consiste nel fatto che il concentrarsi su argomenti come qualità e produttività favorisca soluzioni frammentarie ed ignori il filo che lega tutto insieme: il Kaizen, la filosofia del miglioramento continuo. Cercando di capire il miracolo economico giapponese successivo alla Seconda Guerra Mondiale, tale autore afferma che gli occidentali si sono soffermati a studiare fattori quali il controllo della qualità totale, i circoli di qualità, i sistemi di suggerimento, i sistemi di inventario just in time, l'automazione, e le procedure uniche di management (compresi occupazione a vita e stipendi basati sull'anzianità di servizio). Però, secondo lui, questi sistemi non hanno saputo cogliere la semplice verità che sta alla base del successo giapponese. "La diffusione del *Total Quality Management* in Giappone risiede nel fatto che tali concetti hanno aiutato le imprese giapponesi a generare un modo di pensare orientato al processo e a sviluppare strategie che assicurano il miglioramento continuo attraverso il coinvolgimento delle persone a tutti i livelli della gerarchia organizzativa. Il messaggio della filosofia del miglioramento continuo (Kaizen, come detto sopra) è che non debba trascorrere neanche un giorno senza che un qualche tipo di miglioramento venga apportato da qualche parte all'interno dell'azienda. La convinzione che debba esserci un miglioramento continuo è profondamente radicata".

Ma un tale successo ha bisogno di alcuni presupposti, tra i quali ricordiamo lo sforzo costante per migliorare le relazioni industriali, la particolare attenzione all'addestramento e alla educazione, lo sviluppo della leadership informale tra i dipendenti, la formazione di attività di miglioramento dei piccoli gruppi, l'addestramento dei supervisori in modo che possano più facilmente comunicare ed avere rapporti coi dipendenti, l'incoraggiamento della vita sociale nell'ambiente di lavoro e la disciplina (intesa in termini di procedure da seguire) nell'ambiente di lavoro.

Perché la qualità in sanità?

Una definizione di Qualità, più specifica per l'ambito sanitario, può essere: fare solo ciò che è utile (efficacia teorica), nel modo migliore (efficacia pratica) con il minor costo (efficienza), a chi (accessibilità), e soltanto a chi ne ha veramente bisogno (appropriatezza), facendo fare le cure a chi è competente per farlo (competenza), ottenendo i risultati ritenuti migliori (soddisfazione) (1).

La storia della Qualità in Sanità inizia nel 1992 con il D.L. 502 e nel 1993 con il D.L.517. Nasce così il complesso fenomeno dell'innovazione resasi necessaria per configurare un disegno generale di riforma per migliorare il Servizio Sanitario. I successivi D.P.R. 14 gennaio 1997 n. 801 (che introduce in concetto di accreditamento delle strutture sanitarie e ed i sistemi di valutazione e miglioramento delle attività) e D.Lgs 229/99 (che ribadisce la necessità di garantire la qualità dell'assistenza e propone il metodo di verifica e revisione, prevedendo accordi tra Regione ed Aziende Sanitarie) meglio definiscono i campi d'azione.

Ecco che vengono definiti i concetti di:

- Efficacia: capacità di produrre gli effetti desiderati (Efficacy = efficacia teorica, Effectiveness = efficacia in condizioni di lavoro reali)
- Efficienza: rapporto tra gli effetti reali di una prestazione ed i suoi costi di produzione
- Rendimento: rapporto tra i risultati di una prestazione (guarigione, esame diagnostico, ecc.) ed i suoi costi di produzione
- Adeguatezza: rapporto tra i servizi disponibili e le esigenze della popolazione

Si ha così il passaggio da un sistema di strutture finanziariamente dipendenti ed organizzate su modelli funzionali ad un sistema di tipo imprenditoriale in cui la struttura ospedaliera è valutata sia in termini quantitativi che qualitativi nella produzione dei propri servizi (2).

Gli ospedali sono passati da un'organizzazione per funzioni, basata sulla suddivisione dei compiti, a strutture che lavorano per processi in cui il lavoro è svolto da piccoli gruppi con professionalità multidisciplinari, ma accomunati da una condivisione di valori, di obiettivi e di responsabilità.

Quando si compiono valutazioni sulla qualità assistenziale in sanità bisogna considerare che il miglioramento investe tutte le dimensioni della qualità. Sono perciò identificati alcuni aspetti misurabili della qualità dell'assistenza infermieristica e sanitaria in genere che vanno sotto il nome di "dimensioni della qualità in sanità" (3) e sono i seguenti:

- Efficacia attesa: la capacità potenziale di un certo intervento assistenziale di modificare in modo positivo le condizioni di salute delle persone a cui è rivolta, per cui di fondamentale importanza è fare ciò che è utile;
- Efficacia pratica: valutare i risultati ottenuti dall'applicazione di un intervento di routine;
- Competenza tecnica: livello di applicazione migliore delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili;

- Accettabilità: grado di apprezzamento del servizio da parte di coloro che ricevono le prestazioni e dai loro comprimari;
- Efficienza: capacità di raggiungere i risultati attesi con il minor costo possibile;
- Accessibilità: è il grado di comodità da parte del cliente di trovare e raggiungere il servizio;
- Appropriatezza: grado di utilità dell'atto assistenziale rispetto al problema clinico ed allo stato delle conoscenze.
- Competenza: livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali, e delle tecnologie disponibili; pertanto = sapere, saper fare, saper essere.
- Tempestività: grado in cui l'intervento più efficace è offerto al cliente nel momento in cui è di massima utilità
- Umanizzazione: è il livello di rispetto della cultura, del credo e dei bisogni individuali del cliente per quello che concerne l'informazione e la qualità del servizio.

Il miglioramento di queste dimensioni ci fa notare che la qualità va intesa sotto un'ottica sistemica e questi aspetti possono essere più o meno rilevanti a seconda di chi li considera. L'amministratore sanitario privilegerà l'efficienza e il controllo dei costi come prioritari nella definizione di qualità della prestazione. (4). Per l'infermiere coordinatore la visione di qualità riveste una fascia più ampia che predilige sia il livello tecnico che relazionale. Il cliente vedrà nella qualità dei servizi prestati la soddisfazione immediata ai propri bisogni percepiti (5). L'organizzazione dovrà garantire l'adeguatezza dei processi e delle prestazioni in quanto la capacità professionale da sola potrebbe essere inutilizzabile (6).

Donabedian (7) prevede la misurazione della qualità dell'assistenza sulla base di tre dimensioni correlate: la struttura, il processo e l'esito.

- La struttura (Qualità organizzativa) di base è l'impianto portante dell'organizzazione può identificarsi come il rachide, ed è la parte statica del sistema. Essa comprende la dotazione: di attrezzature, di edifici, di materiale di personale, l'adeguatezza delle soluzioni architettoniche e della strumentazione, delle risorse umane di cui è importante conoscere la competenza e l'esperienza, del sistema organizzativo assistenziale.
- Per processo (Qualità professionale) s'intende l'insieme dei comportamenti collettivi sia personali che interpersonali che gli operatori e gli utenti mettono in atto nei confronti dello stesso sistema organizzativo definito in base a specifiche norme scientifiche, etiche e sociali. Rappresenta ciò che gli operatori eseguono per i loro assistiti, con perizia adeguata e, ciò che i clienti corrispondono per curarsi. Il processo ha come punto di riferimento le procedure diagnostiche terapeutiche, la continuità assistenziale, la corrispondenza del comportamento degli operatori a specifici standard professionali, come il comfort e la privacy del contesto ambientale in cui si svolge l'assistenza (Appropriatezza dell'intervento).
- Per esito (Qualità percepita) s'intende le modificazioni delle condizioni e precisamente il cambiamento dello stato di salute da attribuire al processo assistenziale

e cioè il grado di conoscenza della propria malattia, che il cambiamento dei comportamenti consegue al miglioramento della salute e, soprattutto della soddisfazione provata da chi quella assistenza la riceve. L'esito costituisce il risultato finale per l'utente, in termini della riduzione della sofferenza, della inabilità fisica, psichica e sociale, di maggiore sopravvivenza, prestanza fisica e soddisfazione.

I tre approcci sono importanti allo stesso modo ed è perciò opportuno che la valutazione si effettui a tutti e tre i livelli. Tale relazione presuppone che fra struttura, processo e esito vi sia un rapporto causa - effetto di tipo probabilistico potendo una buona struttura sanitaria aumentare la probabilità che in essa si sviluppi un buon processo di cura e potendo un buon processo di cura avere una maggiore probabilità che possa concludersi con un buon risultato, senza che questo possa mai essere dato per scontato. I clienti misurano la qualità del servizio fra la qualità ideale e quella ritenuta accettabile ed esprimono la soddisfazione del servizio ricevuto fra la discordanza del servizio atteso e quello percepito. Quindi concludendo la soddisfazione del cliente non è altro che la differenza fra la sua attesa e il suo vissuto (8).

I processi di rinnovamento dell'attuale momento storico, le richieste di miglioramento di cure e prestazioni sanitarie da parte dei clienti finali, hanno imposto un cambiamento nel modo di gestire gli ospedali. È necessario effettuare scelte innovative nel definire le strategie e per ricercare gli elementi di qualità che determinano situazioni di vantaggio competitivo. La trasformazione dell'ospedale in azienda, ha portato l'organizzazione sanitaria a considerare il paziente come "attore" consapevole ed informato.

Il cliente, deve avere in ospedale un ruolo attivo, deve essere oggetto di attenzione da parte di tutti gli operatori della Sanità, devono essere compresi i suoi bisogni e rispettati i suoi valori. L'azienda-ospedale si deve confrontare con pazienti/clienti con livelli culturali e di istruzione più elevati, che porta a maggiori informazioni e aspettative. L'ospedale può competere se oltre a fornire buone prestazioni sanitarie, mette in campo comfort, gentilezza e cortesia, capacità d'informazione e di "condurre per mano" il paziente durante tutto il processo di malattia (9).

In questo contesto, il termine qualità nei servizi è complementare alla espressione *customer satisfaction* poiché il giudizio sulla qualità è la misura di questa soddisfazione (10).

Qualità percepita dei servizi sanitari

La qualità percepita è la soddisfazione delle esigenze dei cittadini/clienti, siano esse implicite, esplicite o latenti, e quindi, è la capacità che il servizio offerto ha di rispondere alle loro aspettative. Il servizio erogato è il risultato di un processo dove un insieme di persone interagiscono all'erogazione del servizio stesso (personale di contatto, back-office, supporto fisico e cliente). Il giudizio sull'erogazione di un servizio sanitario è sempre strettamente soggettivo, l'unione alla parola qualità dell'aggetti-

vo percepita, rinforza il concetto di soggettività della qualità. Il giudizio della qualità di un servizio: la *customer satisfaction* non dipende solamente dalla percezione del servizio erogato, ma è influenzata anche dal tipo di servizio atteso dal cliente (11).

Questa percezione nella capacità di valutazione del cliente è condizionata dalla presenza di filtri che non gli fanno percepire la realtà oggettivamente; questi filtri agiscono nella sfera psichica del cliente ed inconsapevolmente aumentano o diminuiscono la percezione della qualità. I maggiori filtri che influenzano l'utilizzatore sono individuati nell'immagine dell'erogatore, nella sensazione di controllo e nella percezione di rischio. Per concludere, la percezione del servizio erogato è una delle componenti che costituisce la qualità percepita del servizio stesso (12).

La valutazione della qualità dei servizi è ben lontana dall'essere una prassi consolidata e non valuta la pluralità dei giudizi che si manifestano nella complessità dell'intervento sanitario: l'efficacia, l'efficienza, la competenza tecnica, l'accessibilità, l'appropriatezza, la soddisfazione dell'utenza.

Sempre secondo Donabedian, l'assistenza sanitaria è di buona qualità se gli operatori che la erogano, effettuano interventi secondo il progresso delle conoscenze in modo da produrre effetti appropriati, in modo da garantire i benefici espressi in termini di salute a fronte dei rischi corsi per produrli.

La definizione propone una visione operativa del concetto di qualità, e permette di individuare gli elementi relativi ai diversi attori coinvolti (operatori sanitari, utenti e mondo scientifico) e si propone di definire gli elementi misurabili del processo qualità.

Si tratta di elementi concreti, importanti nel processo di valutazione/misurazione della qualità per l'elaborazione degli indicatori, che insieme agli standard e ai criteri di valutazione possono definire e verificare gli obiettivi e il loro grado di raggiungimento (13).

Nella letteratura nazionale ed internazionale sono presenti numerosissimi articoli in cui vengono illustrati questionari/interviste strutturate per rilevare la qualità percepita e la soddisfazione dell'utenza all'interno di presidi ospedalieri o sanitari in genere. Tra gli esempi più noti citiamo quello di un gruppo di ricercatori della California, che dalla fine degli anni '70 ha sviluppato un questionario per rilevare la soddisfazione degli utenti nei servizi sociali e sanitari, la Customer Satisfaction Scale (CSQ) (14). Da questa si sono originati una serie di strumenti quali per esempio la Service Satisfaction (15, 16, 17) ed altre forme derivate della CSQ. In tempi più recenti vogliamo citare una ricerca svolta in Francia nella quale, secondo il modello di rilevazione dell'Assistance Publique - Hôpitalux (AP-HP) di Parigi (18, 19), tra gli strumenti presi in considerazione vi sono il "barometro della soddisfazione" (questionario somministrato a campione con frequenza se-

mestrale) e il "questionario d'uscita" (strumento breve e sintetico composto da soli 11 items a risposta dicotomica). Oppure ancora gli strumenti proposti dal Picker Institute Europe in Inghilterra, di cui forniremo un esempio nei prossimi paragrafi.

Tra le esperienze italiane più significative vogliamo ricordare quella del Centro Docimologico dell'Università di Verona, che ha validato uno strumento per misurare la qualità del ricovero ospedaliero. Lo strumento utilizzato è composto di 77 items (20, 21). Infine, ricordiamo la ricerca del Centro di Soddisfazione dell'Utenza dell'Università di Siena, attraverso la quale è stato sviluppato il Questionario di Qualità Percepita (QQP) (22, 23, 24). Il questionario è finalizzato alla rilevazione della qualità percepita per i degenti ricoverati. Lo strumento è composto di 14 items relativi a 4 aree (medici, infermieri, ausiliari, struttura e confort). I giudizi sono stati rilevati su una scala ordinale a 5 livelli (da pessimo a ottimo).

Tutti gli esempi sopra elencati sono strumenti di misurazione standardizzati e validati che offrono la stessa capacità di misurare con precisione il fenomeno, indipendentemente dalle caratteristiche del gruppo di soggetti a cui questo viene somministrato. In realtà, la letteratura ha anche dimostrato come i giudizi sul servizio sanitario, siano influenzati in maniera determinante anche dalle caratteristiche del soggetto che esprime la valutazione (25).

Alcune riflessioni metodologiche in tema di qualità percepita

I problemi legati alla misurazione: attendibilità e validità

Il problema della standardizzazione dello strumento, ovvero di un questionario che possa essere condiviso dalla generalità delle strutture sanitarie, è un aspetto succedaneo rispetto alla verifica delle caratteristiche di attendibilità e validità¹ che gli strumenti di rilevazione devono possedere. Molto spesso, però, le indagini realizzate in ambito nazionale e pubblicate in letteratura sottovalutano l'analisi di questi requisiti formali, lasciando molto più spazio ad un dibattito culturale su dati rilevati da strumenti di cui non è ben chiaro il processo di validazione.

In sostanza si tratta di dare una risposta a queste domande:

- cosa stiamo misurando?
- il nostro strumento consente veramente di ottenere una misura corretta dell'oggetto delle nostre valutazioni?

Nella maggior parte delle indagini di soddisfazione, e quelle in ambito sanitario non fanno eccezione, la rilevazione del giudizio degli utenti viene affidata a strumenti costituiti da scale in cui vengono rappresentati gli aspetti del servizio, scale a cui vengono associati formati di risposta funzionali alla modalità di presentazione dell'aspetto da valutare (pessimo/ottimo, del tutto soddisfatto/del tutto insoddisfatto, ecc..).

¹ Per attendibilità intendiamo la capacità del metodo di fornire gli stessi risultati ripetendo la misurazione degli stessi eventi, mentre per validità intendiamo la capacità del metodo di misurare realmente ciò che l'osservazione si propone di misurare. Solitamente gli strumenti più utilizzati per la verifica di questi requisiti formali sono l' α di Cronbach e l'analisi fattoriale, ma è frequente anche l'utilizzo dei modelli di Rasch e dei Modelli ad Equazioni Strutturali.

Nella Figura 1 sono illustrate le tre più frequenti tipologie di domande che è possibile rintracciare nelle esperienze di misurazione della qualità percepita: domande di tipo *report*, domande di tipo *rating* e domande aperte. Le domande di tipo *report* formulano la rappresentazione di una situazione riguardante l'erogazione del servizio, rispetto alla quale si chiede all'intervistato di fornire la propria valutazione su una scala, per esempio, costruita su termini che variano in uno spazio di accordo-disaccordo. Le domande di tipo *rating*, invece, pongono l'intervistato di fronte alla valutazione di un aspetto del servizio ricevuto, giudizio da esprimere in una scala di risposta, per esempio, variabile in uno spazio con estremi pessimo-ottimo.

Anche per le indagini di soddisfazione costruite su questionari che utilizzano queste tipologie di quesiti le prove di attendibilità e validità costituiscono un momento cruciale nella costruzione dello strumento di rilevazione; la presenza di questi attributi ne consente l'utilizzo in circostanze e contesti anche molto diversi mantenendo la propria affidabilità tanto da essere considerato uno strumento standardizzato.

Come già osservato in precedenza nella letteratura internazionale sono presenti numerosi esempi di scale standard per la misurazione della soddisfazione dell'utenza di cui sono note le proprietà psicometriche di attendibilità e validità.

Sebbene non manchino gli esempi di strumenti in campo sanitario di cui sono note le proprietà psicometriche, purtroppo molto spesso, in questo moltiplicarsi di iniziative finalizzate a misurare il gradimento dei servizi offerti dalle aziende sanitarie, l'analisi di questi requisiti formali è stata trascurata, con grave rischio per la validità delle informazioni che vengono raccolte attraverso queste indagini.

I problemi legati alla rilevazione

Oltre ai problemi legati alla misurazione, argomento comune alla generalità delle indagini di tipo sociale che utilizzano scale di misura, un altro aspetto su cui vale la pena focalizzare l'attenzione è quello della rilevazione dei dati. In quest'ultimo caso, però, le criticità della fase di raccolta dei dati assumono caratteristiche del tutto peculiari se riferite al mondo della sanità.

Nel valutare tali problematiche poniamoci nell'ottica di dover rispondere a questa serie di domande:

- chi?
- quando?

Examples of survey questions

Report question

Did a member of staff tell you about medication side effects to watch for when you went home?

Yes, completely

Yes, to some extent

No

I didn't need an explanation

Rating question

How would you rate the courtesy of the staff who admitted you?

Poor

Fair

Good

Very Good

Excellent

Open-ended question

What can we do to improve our services?

Figura 1. Tipologie di domande utilizzabili nelle indagini di qualità percepita

Fonte: Picker Institute, www.pickereurope.ac.uk.

- dove?
- come?

In sintesi, è necessario determinare chi siano i destinatari della nostra indagine, quando si intende procedere alla raccolta dei dati (durante la degenza, alle dimissioni del paziente, al ritorno a casa, ...), dove si intende somministrare lo strumento di rilevazione (nella stanza di degenza, in un'area protetta all'interno dell'ospedale, al domicilio, ...) ed infine quali siano le modalità che si vogliono utilizzare per la raccolta dei dati, ovvero come debba essere somministrato il questionario (intervista diretta, autocompilazione, intervista telefonica, intervista postale).

È quanto mai evidente come nella successione di domande proposte in precedenza vi sia una precisa connessione tra i quesiti: le decisioni che vengono prese all'inizio di questo processo, influenzano in gran parte le scelte che vengono fatte nei passi successivi.

In questa sede non riteniamo opportuno analizzare i vantaggi e gli svantaggi delle strategie di rilevazione dei dati. Vogliamo però sottolineare che le combinazioni di risposte date alle precedenti domande offrono una vasta gamma di interventi per la raccolta delle informazioni, ognuna con vantaggi e svantaggi riferibili alla sostenibilità aziendale della strategia e alle garanzie che questa offre dal punto di vista scientifico. Si possono individuare strategie d'intervento estremamente affidabili dal punto di vista scientifico ma poco sostenibili da parte dell'organizzazione se non al costo di un grande impegno economico e di risorse umane. Viceversa, sono rintracciabili strategie dal forte contenuto pratico per l'organizzazione che le pone in essere, a scapito però di una debolezza scientifica che penalizza la qualità dei dati raccolti.

Nelle organizzazioni sanitarie la soluzione a queste problematiche molto spesso viene ricercata in una sorta di equilibrio compensativo tra la qualità scientifica e la sostenibilità dell'intervento d'indagine.

In letteratura le condizioni ottimali per la rilevazione del gradimento di un servizio vengono indicate quasi concordemente in quelle metodologie che si basano su rilevazioni fatte presso il domicilio del paziente in un periodo variabile tra i 15 ed 20 giorni successivi alle dimissioni. Come si può facilmente, immaginare ciò comporta la destinazione di ingenti risorse verso questo genere di attività, risorse che raramente sono disponibili in tale quantità nelle aziende sanitarie italiane.

Le soluzioni che è possibile studiare in letteratura sono molto numerose. Per esempio, citando un'esperienza britannica che avremo modo di approfondire in seguito, il National Health System ha incaricato il Picker Institute di Oxford di realizzare specifiche linee guida² per le indagini di soddisfazione, indicando una specifica metodologia e ponendo il suddetto istituto quale collettore delle informazioni e fornitore delle statistiche sul gradimento dei servizi offerti dalle strutture sanitarie del paese.

La stessa Delibera della Regione Lombardia già richiamata in precedenza, pur lasciando ai responsabili delle indagini un'ampia libertà di scelta circa le strategie di rilevazione, indica quale preferibile una somministrazione telefonica in un periodo successivo alle dimissioni del paziente, imponendo una serie di strumenti standardizzati per le diverse realtà sanitarie della regione.

C'è poi il caso già citato delle linee guida della Regione Toscana sulle indagini di soddisfazione (26), nelle quali ben poco viene concesso alla libera scelta dell'operatore, ma vengono indicati con esattezza i criteri e le norme metodologiche da utilizzare per rilevare il gradimento dei pazienti. Nello specifico, la scelta operata dalla Regione Toscana è stata quella di realizzare indagini all'interno dei presidi ospedalieri mediante un questionario autocompilato dai degenti al momento delle dimissioni, utilizzando ampiamente all'interno di questo processo di indagine il personale di reparto, che in questo caso ha solo compiti di distribuzione e controllo che il modulo venga restituito alle dimissioni.

Se da un lato nel caso della Regione Lombardia forse la troppa libertà concessa agli operatori può determinare una forte eterogeneità delle metodologie utilizzate per raccogliere i dati, con ovvi problemi di confrontabilità tra le diverse situazioni, dall'altro le linee guida della Regione Toscana possono presentare qualche problema di oggettività del dato rilevato. È noto infatti il condizionamento che il degente subisce all'interno della struttura, condizionamento che può comportare un atteggiamento forzatamente positivo nei confronti del servizio sanitario che ha ricevuto.

Occorre precisare che la scelta della Regione Toscana di far adottare questa metodologie nelle linee guida è ben spiegata dagli obiettivi che l'Ente si è posto nell'emissione di questo documento. Tra questi, infatti, si legge come tale iniziativa sia finalizzata anche a "sviluppare negli operatori aziendali una crescita culturale e una maggiore attenzione ai temi della partecipazione e della comunicazione, per sostenere il senso di condivisione sia degli obiettivi che della metodologia". Sotto questo punto di vista, il coinvolgimento del personale allo scopo di una crescita culturale all'interno del sistema qualità esprime la più appropriata compensazione positiva rispetto ad una metodologia di rilevazione che certo non può essere considerata ottimale.

Cosa misurare: la qualità percepita o la soddisfazione dell'utente?

Qualità percepita e soddisfazione dell'utenza sono termini che nella gran parte delle indagini vengono utilizzati come sinonimi di quel gradimento che l'utente esprime rispetto ad un servizio.

Numerosi Autori in letteratura, e in particolare gli estensori del modello Servqual (27), hanno messo in luce come tra i due concetti vi sia in realtà una certa differenza. Se per la definizione di qualità percepita si possono adottare molteplici versioni, tutte in qualche modo correlate al giudizio soggettivo della persona che deve esprimere la valutazione, per quanto riguarda, invece, la definizione della soddisfazione dell'utenza le opinioni sono molto più concordi e si orientano verso una misurazione della soddisfazione ottenuta come differenza tra percezione e attese di servizio. Richiamando proprio il modello Servqual, la soddisfazione dell'utenza è calcolata dalla differenza tra qualità percepita e qualità attesa.

Questi concetti, se trasferiti alla sanità, assumono delle valenze specifiche. Un punto di vista eccessivamente orientato alla soddisfazione dell'utente può allontanare l'organizzazione dalla sua *mission*. Se anche in sanità l'attenzione per l'utente è prioritaria, in questo contesto non si può intendere per qualità solo il miglioramento della sua soddisfazione (28), ma, come abbiamo già detto in precedenza, il primo aspetto essenziale della qualità deve rimanere quello relativo alla cura.

Per questi motivi in sanità si tende a sviluppare molto di più il concetto di qualità percepita piuttosto che quello di soddisfazione dell'utenza. Per cercare di sintetizzare

² Il documento di riferimento per tali linee guida è il seguente: "NHS - Trust based patient surveys: inpatients-acute hospitals", extended version, last update 11 february 2002. Il documento può essere richiesto al Picker Institute di Oxford.

potremmo dire che un servizio che viene erogato secondo standard qualitativi stabiliti e condivisi, pur riscuotendo una buona valutazione in termini di percezione, può non essere soddisfacente, in quanto non rispondente ai bisogni del soggetto.

Come si può osservare, cercare di orientarsi nel labile confine che separa gli ambiti della qualità percepita da quelli della soddisfazione dell'utenza in sanità è abbastanza complesso.

Se però usciamo da questi ragionamenti teorici e proviamo a sperimentare queste differenze negli strumenti applicativi che è possibile utilizzare per valutare il gradimento dei pazienti, allora si possono individuare interessanti elementi che identificano e caratterizzano i due suddetti concetti: la qualità percepita e la soddisfazione dell'utenza.

A titolo di esempio analizzeremo due diverse esperienze già citate in precedenza, casi che ci aiuteranno a capire come la qualità percepita e la soddisfazione dell'utenza in realtà necessitino di protocolli specificamente studiati, a conferma di come i due concetti vivano di proprie identità all'interno di quadro concettuale ben più ampio, che è appunto quello della qualità genericamente detta.

Il caso del Cento di Soddisfazione dell'Utenza: il QQP

Dal 1999 il Centro di Soddisfazione dell'Utenza dell'Università degli Studi di Siena, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, ha prima sperimentato e poi messo a regime un sistema di monitoraggio della qualità percepita da parte dei degenti del Policlinico Universitario Le Scotte basato appunto su un questionario denominato QQP (Questionario di Qualità Percepita).

Il QQP si caratterizza come uno strumento realizzato per il monitoraggio della qualità percepita del servizio sanitario ricevuto durante la degenza attraverso il giudizio dei degenti, il cui utilizzo trova forti collegamenti con gli aspetti gestionali delle politiche di qualità interne all'azienda. A tal proposito è necessario precisare che uno dei motivi che hanno portato all'adozione di questo sistema è stato quello di collegare una quota dell'incentivazione del personale anche ai giudizi provenienti dagli utenti del servizio, cercando di stimolare gli operatori ad una maggiore attenzione nei confronti di queste problematiche.

Sulla base di questi presupposti, il QQP misura la qualità percepita del servizio sanitario su un gruppo di costrutti teorici riferiti non tanto al sistema di erogazione del servizio (accoglienza, degenza, dimissioni), ma piuttosto sui supporti organizzativi che lo producono all'interno del reparto (medici, infermieri, ausiliari, strutture), proprio a causa delle esigenze gestionali sopra descritte.

Gli obiettivi che sono stati perseguiti nella progettazione del questionario sono la facilità di comprensione, l'eshaustività

sul piano della valutazione dei vari momenti che caratterizzano il processo di erogazione del servizio sanitario all'interno del reparto ed infine la facilità e rapidità della compilazione.

Lo strumento finale è strutturato su 14 item, rappresentanti i quattro costrutti teorici sopra indicati (percezione del personale medico, infermieristico, ausiliario e percezione nei confronti delle strutture). La tavola I illustra la classificazione degli item rispetto alle aree d'osservazione.

Il formato di risposta a disposizione dei degenti ricoverati richiede di esprimere il proprio livello di gradimento nei confronti delle situazioni sopra illustrate attribuendo un punteggio variabile tra una giudizio "pessimo" (valore attribuito=1) ed un giudizio "ottimo" (valore attribuito=5). A completamento dello strumento si trovano una serie di quesiti di carattere generale a risposta chiusa riguardanti le caratteristiche dei degenti (età, sesso, titolo di studio, provenienza e giorni di degenza trascorsi dall'ingresso in reparto).

Il QQP è uno strumento che è stato messo a punto per essere utilizzato direttamente all'interno del reparto durante la permanenza del degente. Il QQP è caratterizzato da considerevoli proprietà psicometriche. Sottoposto a prove di attendibilità e validità, i valori che ne sono scaturiti hanno evidenziato come tale strumento sia adatto a misurare in modo omogeneo il costrutto oggetto della rilevazione, ovvero la soddisfazione dell'utenza, e come la struttura ricavata mediante questa analisi coincida esattamente con i raggruppamenti di items utilizzato come base teorica per il QQP.

Il caso del sistema sanitario inglese e dell'approccio Picker

Abbiamo già in precedenza accennato all'esperienza sviluppata dal sistema sanitario inglese (NHS) in collaborazione con il Picker Institute Europe di Oxford. Nel febbraio 2002 il sistema sanitario inglese ha pubblicato un

Tavola I. Classificazione degli items del QQP nei quattro costrutti teorici

FATTORE 1: medici	1. Chiarezza delle informazioni fornite dai medici 2. Attenzione dei medici nei suoi confronti 3. Facilità di reperire personale medico 4. Partecipazione e gentilezza dei medici nei confronti suoi e dei suoi familiari
FATTORE 2: infermieri	5. Accoglienza ricevuta all'ingresso in Reparto dal personale infermieristico 6. Disponibilità da parte degli infermieri a fornire le informazioni 7. Accuratezza da parte degli infermieri nella somministrazione di farmaci e nell'esecuzione delle procedure assistenziali 8. Disponibilità del personale infermieristico a fornire prontamente l'assistenza con cortesia e rispetto
FATTORE 3: ausiliari	9. Disponibilità del personale ausiliario all'aiuto nell'alimentazione 10. Attenzione e cortesia del personale ausiliario nell'accompagnarla presso diagnostiche e/o servizi 11. Cortesia del personale ausiliario
FATTORE 4: strutture	12. Aspetto delle strutture del Reparto: condizioni dei mobili e funzionamento accessori 13. Qualità del cibo: gradevolezza, temperatura e servizio 14. Pulizia ed igiene del Reparto

documento che rappresenta delle vere e proprie linee guida per le indagini di soddisfazione per pazienti ricoverati.

Lo scopo è quello di adottare uno strumento standard attraverso cui poter effettuare dei confronti scientificamente validi tra le performance delle strutture sanitarie. Tale programma è stato definito fondamentale per la riforma dei piani sanitari dell’NHS, in quanto l’esperienza dei pazienti è stata giudicata una reale priorità per il sistema sanitario britannico.

La metodologia suggerita nelle linee guida realizzate dall’istituto Picker per conto dell’NHS, prevede il coinvolgimento delle strutture sanitarie nella gestione vera e propria dell’indagine, dalle sue fasi di progettazione, alla somministrazione del questionario, alla compilazione del database contenente le risposte degli intervistati. La metodologia è strutturata sulla tecnica dell’indagine postale, con un questionario inviato ad almeno 850 pazienti adulti recentemente dimessi (con l’esclusione dei pazienti della maternità e della psichiatria). Lo strumento deve includere il gruppo delle 58 domande base che compongono lo strumento, a cui possono essere aggiunte domande riguardanti specifiche tematiche di interesse per l’organizzazione.

Le dimensioni analizzate dall’approccio Picker riguardano l’accesso al servizio, il rispetto dei valori del paziente, delle preferenze e dei bisogni espressi, il coordinamento ed integrazione delle cure, l’informazione, comunicazione, educazione, il comfort fisico, il supporto emozionale e riduzione dell’ansia e della paura, il coinvolgimento dei familiari e degli amici ed infine le dimissioni e continuità dell’assistenza. Nella Figura 2 vengono illustrati alcuni esempi di quesiti contenuti nel questionario dedicato a rilevare la soddisfazione dei pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere.

Il questionario è disegnato per essere analizzato attraverso la creazione di un certo numero di “*problem scores*” di tipo dicotomico che indicano la presenza o l’assenza di un problema. Tale caratteristica permette di consegnare al gestore risultati validi scientificamente, facilmente leggibili e facilmente traducibili in precise priorità per il miglioramento della qualità.

Al di là delle differenze di metodo rilevabili nei confronti di altre esperienze di misurazione, ed in particolare nei confronti dell’esempio appena descritto del QQP, quello che più ci interessa sottolineare in quest’ultimo caso riguarda proprio l’approccio che viene utilizzato.

Il gruppo di esperti inglesi del Picker lavora da tempo per diffondere un nuovo approccio nella misurazione della soddisfazione dell’utenza, esprimibile attraverso la seguente filosofia: “... invece di chiedere ai pazienti di fornirci una valutazione sulla soddisfazione espressa in termini

di punteggi, chiediamo ai pazienti se certi processi ed eventi sono accaduti o meno nel corso di uno specifico episodio di cura”.

Non è un caso che nei documenti del Picker e dell’NHS il termine *soddisfazione* sia frequentissimo, proprio per evidenziare la ricerca di metodi e strumenti che riflettano maggiormente il punto di vista del paziente, anziché utilizzare questionari centrati sul punto di vista dell’organizzazione.

La differenza con il QQP sta proprio qui; ed è una differenza che trova origine nelle premesse dello strumento, esplicitamente indicato come un questionario per il monitoraggio della qualità percepita, con forti collegamenti al sistema di erogazione del servizio e al sistema incentivante per il personale. In sintesi, un vero e proprio strumento di gestione aziendale che non va a valutare il soddisfacimento dei bisogni dei pazienti, ma focalizza la propria attenzione sulla capacità delle componenti dell’organizzazione di erogare un servizio che rispetti determinati criteri di qualità.

Osservando, invece, lo strumento del Picker si coglie quasi la necessità di leggere le vicende dei pazienti nel loro rapportarsi con il servizio. Si tratta di un approccio molto più orientato al cliente, che, pur non trascurando l’analisi degli aspetti che creano qualità nel servizio, cerca di valutare in che misura questi creino soddisfazione.

Questo ci porta ad ipotizzare che non solo esiste una differenza concettuale tra la qualità percepita e la soddisfazione dell’utenza, ma anche e soprattutto che gli strumenti per l’analisi di questi due concetti debbano essere diversi, ognuno legittimamente costruito sulla sua vocazione, ma inequivocabilmente destinato a scopi diversi.

Your Care and Treatment	
E1 Sometimes in a hospital, one doctor or nurse will say one thing and another will say something quite different. Did this happen to you? 1. <input type="checkbox"/> Yes, often 2. <input type="checkbox"/> Yes, sometimes 3. <input type="checkbox"/> No	E6 Did you find someone on the hospital staff to talk to about your concerns? 1. <input type="checkbox"/> Yes, definitely 2. <input type="checkbox"/> Yes, to some extent 3. <input type="checkbox"/> No 4. <input type="checkbox"/> I had no concerns
E2 Did you feel involved in decisions made about your care? 1. <input type="checkbox"/> Yes, definitely 2. <input type="checkbox"/> Yes, to some extent 3. <input type="checkbox"/> No	E7 Were you given enough privacy when discussing your condition or treatment? 1. <input type="checkbox"/> Yes, always 2. <input type="checkbox"/> Yes, sometimes 3. <input type="checkbox"/> No
E3 How much information about your condition or treatment was given to you? 1. <input type="checkbox"/> Not enough 2. <input type="checkbox"/> Right amount 3. <input type="checkbox"/> Too much	E8 Were you given enough privacy when being examined or treated? 1. <input type="checkbox"/> Yes, always 2. <input type="checkbox"/> Yes, sometimes 3. <input type="checkbox"/> No

Figura 2. Alcuni esempi di domande contenute nel questionario dedicato ai pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere

FONTE: Picker Institute, www.pickereurope.ac.uk.

Riflessioni conclusive

In questa parte del lavoro, anziché rappresentare una rassegna di metodologie statistiche per la rilevazione della qualità percepita e della soddisfazione dell'utenza in ambito sanitario, abbiamo inteso sviluppare alcune brevi riflessioni su temi particolarmente importanti dal punto di vista dell'approccio scientifico alla questione.

Abbiamo evidenziato come le molteplici esperienze sviluppate nella misurazione del gradimento del servizio sanitario, abbiano frequentemente trascurato l'analisi dei requisiti formali di attendibilità e validità dello strumento di rilevazione. Trascurare questa fase del progetto di ricerca significa non poter avere garanzie su cosa realmente si sta andando a misurare. Se, per esempio, dovessimo costruire un questionario per la rilevazione del gradimento del servizio sanitario in reparto, potremmo decidere di analizzarlo attraverso una prima batteria di quesiti per l'accoglienza, una seconda per il rapporto con il personale ed una serie di altri quesiti per analizzare gli altri costrutti utilizzati per valutare al sistema di erogazione. Nel momento della sintesi dei dati potrebbe essere utile rappresentare l'accoglienza attraverso un indicatore di sintesi, così come per il rapporto con il personale e per tutti gli altri costrutti teorici sulla base dei quali è costruito il questionario. Per tale operazione i requisiti formali dello strumento diventano indispensabili: occorre essere certi che le batterie di domande utilizzate siano coerenti con l'aspetto che queste devono misurare (p.e. le domande utilizzate per l'accoglienza devono fornire una misura attendibile di questa fase del servizio), ma anche che l'insieme dello strumento sia in grado di riprodurre i costrutti teorici sulla base dei quali è stato costruito (accoglienza, rapporto con il personale, ecc.). Se non sussistono questi requisiti formali questo genere di "inferenza" non viene garantita.

Abbiamo anche evidenziato come le scelte fatte in termini di strategie da adottare per la rilevazione dei dati rappresentino, in realtà, una sorta di negoziazione tra le risorse disponibili, gli obiettivi di coinvolgimento che l'azienda si pone e la qualità scientifica del risultato ottenibile. Abbiamo solo accennato, però, al fatto che ancora una volta queste scelte vanno ad incidere sulla rispondenza del dato rilevato alla situazione oggettiva che l'organizzazione esprime. Senza stare a ricordare quanto detto in precedenza sulla qualità dei dati ottenibili dalle diverse strategie, vogliamo solo soffermarci sull'utilizzo operativo che poi è possibile fare di queste informazioni in termini di gestione del sistema qualità. Come è facile intuire, quelle metodologie che prevedono rilevazioni svolte nella struttura offrono un dato meno oggettivo sul gradimento del servizio, certamente più sbilanciato verso opinioni positive. Ciò non vuol dire che tali dati siano inutilizzabili ai fini del miglioramento continuo, ma è altrettanto vero che il livello qualitativo dell'informazione obbliga il gestore a "lavorare nelle zone grigie", laddove il gradimento è meno esplicito, laddove le opinioni sono divergenti o assumono una variabilità molto ampia.

Infine, ci siamo soffermati ampiamente su una questione che solo all'apparenza assume valenze semantiche:

la differenza tra qualità percepita e soddisfazione dell'utenza. Tale differenza, secondo la nostra opinione, è così sostanziale da necessitare di strumenti diversi per la sua valutazione. Volendo poi creare, addirittura, delle categorie, potremmo affermare che i questionari centrati prevalentemente sull'organizzazione sono quelli che misurano la qualità percepita, mentre quelli centrati sul paziente misurano la soddisfazione dell'utenza. La differenza è abbastanza evidente già dall'analisi dei due casi presentati nel lavoro, che al di là delle differenze di metodo, esprimono chiaramente una forte divergenza della filosofia con cui sono costruiti e delle finalità a cui sono destinati.

A fianco di tutti i problemi di ordine metodologico appena illustrati, non dobbiamo mai dimenticare come vi sia un corollario di criticità inerenti in modo più specifico l'adozione di un sistema qualità, criticità che per loro natura possono determinare l'insuccesso anche del migliore impianto di ricerca che sia possibile progettare e realizzare.

In primo luogo, in un'ottica di implementazione dei sistemi di qualità in sanità le indagini sulla soddisfazione dell'utenza sulla qualità percepita non devono mai essere interpretate come momenti di valutazione, né da parte degli utenti, né da parte degli operatori, ma anzi come straordinarie occasioni per tutti gli attori coinvolti di partecipare al processo di miglioramento.

A nostro parere questo settore di ricerca e di sviluppo di modelli organizzativi presenta almeno tre grandi opportunità in sanità per il prossimo futuro:

- standardizzare i protocolli e le metodologie per la rilevazione della soddisfazione dell'utenza, ed in questa direzione si sviluppano, appunto, le linee guida;
- integrare le fonti di dati che possono essere utili a costruire uno scenario strutturato intorno al termine qualità (URP, Accredimento, Controlli di Gestione, Indagini di Soddisfazione, ...) e che possono interagire sinergicamente con questo in uno scambio continuo di informazioni;
- presentare i risultati attraverso una reportistica strutturata e regolare, indirizzata, nelle varie competenze, a tutti gli operatori coinvolti.

Per quanto riguarda le minacce, sempre secondo la nostra opinione, non si intravedono all'orizzonte ostacoli di rilievo allo sviluppo di queste tecniche, fatta eccezione per una minaccia che, invece, può essere considerata la vera e propria discriminante del successo di un sistema qualità: il *fattore umano*. Un personale non motivato e non coinvolto nei processi di gestione della qualità, una Dirigenza Aziendale che non orienta il sistema a valorizzare ed utilizzare diffusamente tali concetti, sono solo alcuni dei molteplici esempi delle gravi difficoltà che un sistema qualità può incontrare in relazione alle risorse umane su cui fa affidamento. Tali aspetti sono di una tale importanza che un loro deficit può rappresentare il fallimento dell'intero sistema e non solo delle indagini sul gradimento che, come abbiamo visto, assumono un ruolo così rilevanti all'interno del concetto *qualità*.

Rimane comunque aperta la questione riguardante il valido contributo che i professionisti psicologi potrebbero fornire alle questioni affrontate nel presente lavoro. Abbiamo evidenziato come l'utilizzo di strumenti finaliz-

zati alla valutazione della soddisfazione degli utenti nell'ambito dei servizi sanitari abbia delle notevoli ricadute su tematiche di estremo interesse per gli psicologi: l'umanizzazione del servizio, la possibilità di migliorare l'approccio al paziente e di veicolare corretti processi di comunicazione sanitaria, l'intervento a supporto delle attività di miglioramento specificamente nella gestione dei gruppi di lavoro sono solo alcuni dei campi di intervento nei quali lo psicologo potrebbe impiegare le proprie competenze e capacità professionali. Ma non solo: abbiamo visto come per poter parlare di valutazione sia necessario disporre di veri e propri strumenti di misurazione e anche nel caso delle indagini di customer satisfaction in ambito sanitario tale aspetto, come abbiamo visto, non dovrebbe mai essere trascurato. Ed è proprio in questo settore di intervento che gli psicologi potrebbero trovare la naturale collocazione del proprio patrimonio di conoscenze e competenze, collaborando alla progettazione, sperimentazione e validazione di strumenti scientifici che possano fornire una misura di una dimensione astratta come quella della soddisfazione dei pazienti ricoverati in reparti ospedalieri.

Bibliografia

- 1) Donabedian A. La qualità dell'assistenza sanitaria, principi e metodologie di valutazione. Roma: La Nuova Italia Scientifica 1990.
- 2) Arnetz BB. Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *Int J Health Care Qual Assur* 1999; 11: 345-351.
- 3) Badri MA, Attia ST, Ustadi AM. Testing not-so-obvious models of healthcare quality. *Int J Health Care Qual Assur* 2008, 21: 159-174.
- 4) Rosenthal MB, Fernandopulle R, Ryu Song HS, Landon B. Paying For Quality: Providers' Incentives For Quality. *Improvement Health Affairs* 2004; 23: 127-141.
- 5) Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services* 2009; 22: 8-19.
- 6) Chang H, Kwak T, Mattila AS. A Case Study to Determine the Impact of Offering Selective Menus on Customer Satisfaction in a Health-Care Foodservice Operation. *Journal of Foodservice Business Research* 2006; 8: 53-78.
- 7) Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly* 2005; 83: 691-729.
- 8) El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *Int J Qual Health Care* 2008; 20: 363-71.
- 9) Kenagy JW, Berwick DM, Shore MF. Service Quality in Health Care. *JAMA* 1999; 281: 661-665.
- 10) Haddad S, Potvin L, Robergea D, Pineault R, Remondina M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Family Practice* 2000; 17: 21-29.
- 11) Gowen CR, Mcfaddenb KL, Hooblerc JM, Tallond WJ. Exploring the efficacy of healthcare quality practices, employee commitment, and employee control. *Journal of Operations Management* 2006; 24: 765-778.
- 12) Babulak E. Quality of service provision assessment in the healthcare information and telecommunications infrastructures. *Int J Med Inform* 2006; 75(3-4):246-52.
- 13) Liu SS, Amendah E, Chang EC, Pei L. Satisfaction and value: a meta-analysis in the healthcare context. *Health Mark Q* 2006; 23(4): 49-73.
- 14) Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Prog Plan* 1979; 2: 197-207.
- 15) Attkisson CC, Greenfield TK. The Client Satisfaction Questionnaire-8 and the Service Satisfaction Questionnaire-30. In: Maruish M, eds. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994: 3 - 15.
- 16) Attkisson CC, Greenfield TK. The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) and the Service Satisfaction Questionnaire-30 (SSS-30). In Attkisson CC. Eds. Outcomes Assessment in Clinical Practice. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 120 - 136.
- 17) Attkisson CC, Pascoe GC. Patient Satisfaction in Health and Mental Health Services. *Eval Prog Plan* 1983; 6: 185- 418
- 18) Coluccia A, Ferretti F, Lorini F. Il modello di valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari dell'AP-HP di Parigi. *Difesa Sociale* 2002; 3: 27-32.
- 19) Salomon L., Gasquet I., Mesbah M., Ravaud P. Construction of a scale measuring patients' opinion on quality care. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 507-516.
- 20) Favretto G. Il cliente in sanità. Milano: Franco Angeli, 2001.
- 21) Finn RH. Effects of Some Variations in Rating Scale Characteristics on the Means and Reliabilities of Ratings. *Educ Psychol Measur* 1972; 32: 255-265.
- 22) Coluccia A, Ferretti F, Lorini F, Calamai M. Il questionario di qualità percepita (QQP). *Mondo San* 2002; 1: 14-19.
- 23) Coluccia A, Ferretti F, Loré C. Qualità dei servizi sanitari e Customer Satisfaction: primi risultati di uno studio pilota. *Difesa Sociale* 2000; 5/6: 7-16.
- 24) Coluccia A, Cioffi R, Ferretti F, Lorini F, Vidotto G. Questionnaire of perceived quality (QQP): a study on the differences of gender. *G Ital Med Lav Ergon* 2006 Jan-Mar; 28(1 Suppl 1): 53-60.
- 25) Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Science & Medicine* 1994; 39: 655-670.
- 26) Bottai R, Micheletti V, Alfano A, Celerini C. Indagini di soddisfazione rivolte agli utenti. *Salute e Territorio* 2001; 128: 228-31.
- 27) Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. Servire qualità. Milano: McGraw-Hill, 1991.
- 28) Mastrobuono I, Bova D, Visconti G, Pirazzoli M, Bollero E. Il percorso della qualità nell'organizzazione delle strutture sanitarie. *Organizzazione Sanitaria* 2002: Anno XXVI, 4: 23-42.

Richiesta estratti: Ferretti Fabio - E-mail: ferrefa@unisi.it : rcioffi@unich.it