

# Dove si nasconde la qualità

PIETRO AUCONI

Divisione Pediatrica, Ospedale Marino, Roma

*La qualità percepita, cioè la percezione di un servizio sanitario corrispondente ai tempi, rappresenta uno strumento di feedback utile, anzi necessario, a guidare, sostenere e anche a umanizzare il progresso medico. Ma né la ricerca né la valutazione di questo parametro possono essere acritiche. È necessario sottoporre il giudizio implicito/esplicito espresso dalla "qualità percepita" con un controgiudizio al tempo stesso ispirato (etica) e scientifico (metodologia).*

La crescente attenzione per i parametri di risultato del SSN (efficacia, efficienza, equità, costi) ha valorizzato l'importanza della "qualità percepita" da parte del cittadino-utente. Una nuova enfasi su quest'ultimo, considerato come risorsa del sistema sanitario<sup>1,2</sup>, costituisce uno dei punti innovativi delle recenti leggi di riforma del SSN promulgate dall'ex Ministro della Sanità On. Bindi.

Negli ultimi anni la valorizzazione delle opinioni del cliente sta prendendo piede in tutto il settore della pubblica amministrazione, con questionari di soddisfazione, raccolta di reclami, ecc., come strumento per focalizzare carenze e per migliorare credibilità e immagine del sistema<sup>3,4</sup>. Maneggiate con cura, queste metodiche possono costituire uno strumento di umanizzazione dell'intervento. C'è però il rischio che, per la complessità degli indicatori e delle tecniche e per l'ambiguità dei valori in gioco, queste lodevoli intenzioni si scontrino con una realtà contraddittoria, caratterizzata da crescenti attese e pretese di prestazioni più che di salute, forte inclinazione al consumismo, aggiramento di norme.

## METODI

In una recente pubblicazione si sottolinea la necessità di connotare con precisione il concetto di qualità nei

## QUALITY OF CARE AND CLIENT SATISFACTION (Medico e Bambino 21, 27-30, 2002)

### Key words

Quality of care, Client satisfaction, Health systems

### Summary

Assessment of client satisfaction is increasingly popular among health managers. However, it is a matter that must be handled with care. The patient's perception is easily distorted by inappropriate information and cannot easily discriminate real from apparent quality of care, particularly when sophisticated technologies are involved. More, patients are not keen to consider the public interest. The private sector may well build its fortune on client satisfaction, but this does not automatically mean that better quality of care will be delivered. The public health system should not be a competitor on this ground. Paediatricians should face the current rhetoric about quality by developing professional competence, communication skills and information to the patients.

servizi sanitari in quanto entità immateriale con accentuati elementi di personalizzazione e razionalità e si propone una sua lettura articolata in tre dimensioni: qualità erogata, qualità sociale, qualità percepita<sup>1</sup>.

La prima trova le sue origini nella cultura aziendale di produzione dei beni, come qualità del prodotto finale da controllare, garantire e certificare. Si avvale di consolidate metodologie di analisi gestionale, evidence based medicine, managed care ecc.

La qualità sociale, che è cresciuta con l'affermarsi dei diritti sociali, riguarda l'equa distribuzione delle risorse in relazione ai bisogni della popolazione.

La qualità percepita è invece «la let-

tura soggettiva della qualità dei servizi effettuata dai destinatari dell'azione sanitaria»<sup>1</sup> (Tabella I).

In un sistema di erogazione di servizi, aperto alla libera scelta e a una concorrenza crescente e a tutto campo (pubblico, privato, privato-convenzionato, assicurazioni), questa soddisfazione utente-cliente costituisce un aspetto decisivo per gli scenari futuri in tema di politiche sanitarie. Sappiamo che, dall'introduzione dei DRG, i comportamenti del settore pubblico hanno cominciato ad assomigliare a quelli del privato, in un quadro di generale sanitarizzazione della salute<sup>5,6</sup>: la partita si va giocando sempre di più sul terreno degli indici di gradimento, ed è ovvio che rincorrere la soddisfa-

CONCETTO DI QUALITÀ PERCEPITA NEI SERVIZI SANITARI

**Definizione di qualità percepita:** espressione della rispondenza di un'offerta di beni e servizi alle aspettative dell'utenza, cioè della soddisfazione del destinatario rispetto alla prestazione ricevuta.

**Metodo utilizzato:** 1° fase: indagine a campione: dimensionamento della soddisfazione degli italiani per i servizi sanitari pubblici. Informazioni rilevate: valutazione generale sul SSN in sé, a fronte di altri servizi pubblici, in termini di tendenza storica. Propensione verso un modello di assistenza di tipo pubblico, contro un'assistenza di tipo privato. Esperienza di fruizione per sé o in accompagnamento ad altri servizi sanitari. 2° fase: di approfondimento: analisi dei motivi a sostegno di soddisfazione e insoddisfazione per i servizi utilizzati (tramite recall di una parte degli intervistati).

**Dimensioni valutate**

- qualità della relazione operatori/utenti
- qualità professionale degli operatori
- qualità del risultato
- quantità di tempo per ottenere/fruire di una prestazione

**Motivi di soddisfazione**

- disponibilità di medici e operatori
- gentilezza
- professionalità e competenza
- rapidità di erogazione del servizio
- alta qualità dei servizi offerti
- pulizia

**Motivi di insoddisfazione**

- tempi di attesa eccessivi
- scortesia di medici e operatori
- non disponibilità
- bassa qualità dei servizi
- incompetenza
- superficialità
- sporcizia

modificato da: De Ambrogio U. L'approccio umanistico partecipativo. In: Ranci Ortigosa E. *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*. Franco Angeli Ed., Milano, 2000

Tabella I

zione del cittadino a tutti i costi espone a rischi consumistici, e che l'obiettivo fondamentale di un sistema sanitario non deve necessariamente coincidere con lo scopo di essere gradito ai singoli utenti. Basti pensare ai programmi di prevenzione, abitualmente non richiesti dagli utenti. Inoltre, gli strumenti valutativi del cittadino possono essere inadeguati e fuorvianti: a essere in difetto può essere la qualità della percezione, piuttosto che la qualità percepita. E non è detto che la qualità percepita coincida con la qualità reale.

Una ricerca di mercato ha dimostrato che l'idea più gradita al pubblico è quella che siano aperti nuovi servizi, esibita alta tecnologia, anche se i costi dell'assistenza sanitaria e la relativa imposizione fiscale sono giudicati ec-

cessivi dalla maggior parte degli intervistati. Nessuno sembra preoccupato dell'eccesso di prestazioni o dei possibili abusi tecnologici, ed è presumibile che in futuro aumenti l'incomunicabilità tra politiche sanitarie e aspettative della popolazione (Tabella II). Se osserviamo i dati EURISKO relativi agli anni '95-'96 circa il gradimento delle prestazioni del SSN (30-50% di utenti soddisfatti e molto soddisfatti, 20-40% di giudizi negativi e molto negativi, con una maggiore percentuale di giudizi negativi al Sud), possiamo ipotizzare che, proprio in questa vasta area di insoddisfazione, ci sia un mercato potenziale, una possibilità di ingresso da parte di competitori privati, anche stranieri, favoriti dalla liberalizzazione crescente del sistema, con conseguenze non immagi-

IL PUNTO DI VISTA DEI CITTADINI SUL PROPRIO SISTEMA DI ASSISTENZA SANITARIA (1990)

*Proporzione di popolazione complessivamente soddisfatta, che ritiene necessari solo piccoli cambiamenti:*

Canada	56%
Olanda	47%
Germania Ovest	41%
Francia	41%
Australia	34%
Regno Unito	27%
Italia	12%
USA	10%

modificato da: Blendon e coll. *Satisfaction with health systems in ten nations*. Health Affairs, 185-192, Summer 1990  
Rif. in: Donzelli A. *Sistemi sanitari a confronto*. Franco Angeli Ed. Milano, 1997, pag.190

Tabella II

nabili (o facilmente immaginabili) sul futuro del servizio pubblico.

LA "BELLA SORPRESA" DELL'ASSISTENZA

Alberto Fedel ha recentemente approfondito le componenti della percezione individuale dei bisogni di salute che determinano la "fedeltà" del cliente<sup>8</sup>: la soddisfazione di un cliente non è in funzione solo delle oggettive prestazioni del fornitore, ma anche dei soggettivi bisogni del cliente, che si distinguono in *impliciti, espressi e latenti*.

I *bisogni impliciti* sono quelli di cui il cliente/utente dà assolutamente per scontata la soddisfazione. Se le prestazioni che il cliente dà per scontate fossero negate o difettose, l'insoddisfazione sarebbe totale. Possiamo fare l'esempio della pulizia in un Ospedale o in un Ambulatorio.

I *bisogni espressi* sono quelli che il cliente, non considerando la loro soddisfazione implicita, esprime chiaramente, e spesso sono in relazione a sue particolari esigenze. La soddisfazione derivante da prestazioni che impattano sui bisogni espressi è direttamente correlata alla risposta (positiva o negativa) ricevuta. Le richieste par-

ticolari dei clienti richiedono elasticità, discrezionalità, reattività, responsabilità e autonomia decisionale dell'operatore a diretto contatto.

I *bisogni latenti* sono quelli della cui esistenza il cliente non è consapevole; la loro soddisfazione è paragonabile a una "bella sorpresa". L'erogazione o meno delle prestazioni che riguardano tali bisogni ha effetti contrari rispetto a quella dei bisogni impliciti: se la prestazione non viene erogata, la cosa ci lascia indifferenti; se invece lo è, ci soddisfa molto.

Si tratta di un suggerimento che può essere utile per il servizio pubblico, che finora non si era mai posto il problema di conquistare i propri clienti facendo leva sull'anticipazione dei "bisogni latenti". Su questo terreno il servizio privato ha tradizioni culturali ben più attrezzate e incisive, era ed è questo il suo motivo di sopravvivenza e di prosperità; inoltre non è tenuto a impattare tutti i bisogni, a tenere troppi campi, anche quelli non remunerativi, può scegliere e selezionare<sup>9</sup>.

#### I FRUTTI DELL'ALBERO DELLA QUALITÀ

Di fronte a vincoli di bilancio sempre più stringenti, e quando la razionalizzazione delle prestazioni finisce per configurare un reale razionamento di risorse (è già operante un razionamento nascosto, fatto di liste di attesa e di limitata accessibilità), il problema delle amministrazioni è quello di operare scelte senza cadere nell'iniquinà e nella discriminazione.

La carta dei servizi Bassanini-Cassese così recita: «I soggetti erogatori definiscono standard generali, standard specifici di quantità e qualità dei servizi: gli standard sono sottoposti a verifica con gli utenti in adunanze pubbliche». Sarebbe opportuno che in queste sedi la percezione della qualità sia temperata da una predefinizione dei bisogni sanitari, da indirizzi condivisi e certi, dalla supervisione di società scientifiche («è il sapere specifico che fa la differenza»<sup>10</sup>).

In realtà, sembra vincente una volatile sottocultura sanitaria di massa, figlia dello straordinario aumento di informazioni e dell'esplosione delle

potenzialità diagnostiche. Questa sottocultura è in grado di negoziare una nociva acquiescenza a iniziative sorte sull'onda dell'ultima novità carezzevole (l'ECG a tutti i neonati), un populismo sanitario che accoglie le istanze più disparate, che l'utente percepisce comunque come imprescindibili: «...i mass media scelgono di dire al pubblico ciò che essi pensano che in quel momento il pubblico voglia sentirsi dire, anche in contrasto con l'opinione prevalente della comunità scientifica... L'Italia, per certi tratti della sua cultura, è sovente portata a spingere fino al parossismo le sue pulsioni demagogico-populiste proprio su temi che per loro natura ammettono solo valutazioni mediate dal parere degli esperti e che, pertanto, dovrebbero imporre ai laici un abito di prudenza e di disponibilità all'ascolto. Al contrario, qualunque sciocchezza detta da un incompetente ha diritto a una sorta di "par condicio" morale... Sono le élite politiche, economiche, culturali e religiose a imporre, o non imporre, ...una gerarchia di attendibilità delle diverse opinioni...» (Angelo Panebianco, *Corriere della Sera*, 15 gennaio 2001).

L'"albero della qualità" del servizio ospedaliero è l'indicatore analitico proposto dal Ministero della Sanità nel '95 (*Tabella III*). Questa griglia costituisce un utile riepilogo degli elementi di civiltà connessi al ricovero ospedaliero: esprime il diritto del cittadino a una soglia di atti dovuti. Che gli amministratori delle aziende sanitarie tengano conto di queste matrici nella programmazione è un fatto positivo: sappiamo che in molte realtà del nostro Paese siamo al di sotto della soglia indicata. Ma tra i rami di quest'albero è difficile leggere la reale qualità dell'atto medico: un ospedale può adempiere scrupolosamente a tutte le procedure ed essere ugualmente, per mille motivi, un mediocre o pessimo ospedale. L'albero non è una mappa di eccellenza. Una pubblicità a tutta pagina del *Corriere della Sera* (martedì 6 febbraio 2001) recita a caratteri cubitali: «La prima neurochirurgia italiana di qualità» quale caratteristica dell'équipe privata milanese. In secondo

piano, e molto in piccolo: certificata ISO9002. Il messaggio corretto sarebbe: «Siamo i primi a esserci messi a norma», invece quello che arriva - sicuramente al di là della volontà degli estensori - è: «Siamo i più bravi». Ecco un esempio, banale ma significativo, dei rischi di fraintendimento di una cultura concorrenziale ancora allo stato nascente.

#### NOI PEDIATRI OLTRE LA RETORICA DELLA QUALITÀ

Noi pediatri ci troviamo a fronteggiare da una parte un'opinione pubblica sempre più esigente quanto smarrita, dall'altra un agguerrito corpo professionale di analisti finanziari e programmatori che trasferiscono sulla sanità principi e pratiche della cultura aziendale. Il tutto sullo sfondo di uno scenario politico incerto e di una continua variazione degli assetti istituzionali della sanità.

Per cogliere appieno le opportunità di questa nuova scienza noi pediatri dobbiamo agire ora. Non sarà male riappropriarci di strumenti necessari per sviluppare la nostra qualità personale, l'affinamento relazionale, come base per migliorare la qualità del reparto, del prodotto, del servizio e, quindi, per favorire la crescita globale del sapere, per rendere possibile un accesso più informato e consapevole all'utilizzo dei servizi, un rapporto basato sempre più sulle evidenze scientifiche e sempre meno sulle opinioni. Noi conosciamo, senza cadere nella mistica della "arte medica", la differenza che passa tra un "medico curante" e un "operatore a diretto contatto". Questa cultura bocconiana che tende a destrutturare il rapporto medico-paziente ci spinge alla contrattualità, alla vigilanza, all'acquiescenza alle pretese del paziente e del politico a soddisfare l'emotività del pubblico, quali fosse ogni giorno in gioco il successo imprenditoriale dell'azienda.

C'è il rischio dell'affermarsi di un'idea totale e retorica della qualità come valore sacrale in grado di dipanare ogni matassa decisionale, ogni quesito distributivo, ogni incapacità gestionale, e dell'idea di una presunta autonoma

QUALITÀ DEL SERVIZIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO		
Fasi dell'esperienza	Fattori di qualità	
ACCETTAZIONE	RICOVERO DI URGENZA	- Tempestività del primo intervento medico in emergenza - Condizioni di accesso e attesa al Pronto Soccorso
	RICOVERO PROGRAMMATO	- Tempo di attesa per il ricovero - Informazioni preventive sul ricovero - Accoglienza all'ingresso e documentazione sui servizi
DEGENZA	PRESTAZIONI ALBERGHIERE	- Pulizia dei servizi igienici - Comfort all'interno delle stanze - Regolarità dei cambi di biancheria - Orari e modalità di distribuzione dei pasti - Accessibilità ai servizi commerciali aggiunti
	ASSISTENZA SANITARIA	- Informazioni al paziente sui trattamenti terapeutici - Regolarità delle visite mediche in corsia - Condizioni di accesso e attesa accertamenti - Adeguatezza assistenza ai malati terminali
	RELAZIONI CON I FAMILIARI	- Accessibilità ai familiari e orario visite - Disponibilità all'uso di telefoni funzionanti
	RELAZIONI CON IL PERSONALE	- Visibilità del tesserino di riconoscimento - Personalizzazione assistenza a casi particolari
	ASPETTI DI UMANIZZAZIONE	- Riservatezza della malattia - Rispetto della privacy e dignità umana - Rispetto della morte
DIMISSIONE	ASPETTI SANITARI	- Informazione all'uscita e consegna di relazione clinica - Programmazione follow-up
	ASPETTI AMMINISTRATIVI	- Semplicità di ottenimento della cartella clinica - Tempo rilascio della cartella clinica - Semplicità di altri adempimenti amministrativi
	RACCOLTA VALUTAZIONI DEGLI UTENTI	- Chiarezza e disponibilità dei questionari di insoddisfazione - Pubblicizzazione risultati delle indagini - Semplicità di inoltrare del reclamo - Tempo di risposta al reclamo (nei limiti di legge)

Tabella III

mia decisionale del paziente, spesso affetto da grave deprivazione di facoltà o dalla forte esposizione emotiva di fronte alla malattia. Abbiamo visto che, di fronte a temi di improvvisa urente attualità quali le biotecnologie, la cura Di Bella, l'uranio impoverito, l'encefalopatia spongiforme, l'opinione pubblica (o la stampa?) reagisce a "nervi scoperti", l'atteggiamento ondeggiante su posizioni estreme tra in-

competenze, complicità di disinvolti magistrati, frati guaritori, conduttori televisivi, medicine alternative.

La dichiarata necessità della coesistenza e dell'integrazione fra pubblico e privato, frutto della volontà dello stato di alleggerire il costo dei servizi sanitari senza tradire i valori di civiltà in cui la società si riconosce, si confronta con una pericolosa turbolenza normativa che può sfociare negli scenari più

imprevedibili. C'è il rischio che questa partita a più voci venga giocata su un terreno che porta alla moltiplicazione o alla limitazione delle prestazioni in base a logiche puramente contabili, al progressivo svincolamento della gestione dei servizi da parte del SSN, all'identificazione degli ospedali come "centri di costo", cioè enti meramente produttori di disavanzo. La "qualità percepita" va maneggiata con cura: non è affatto scontato che rappresenti un mezzo di automatica umanizzazione del sistema e che aiuti a trovare la giusta posizione tra economia e assistenza.

#### Bibliografia

1. Ranci Ortigosa E. La valutazione di qualità nei servizi sanitari. Milano: Franco Angeli Ed., 2000.
2. Petrangolini T. Hanno vinto i politici. Liberal 1.7.1999:115.
3. Donzelli A. Sistemi sanitari a confronto. Milano: Franco Angeli Ed., 1997.
4. De Ambrogio U, Setti Bassanini MC. Tutela dei cittadini e qualità dei servizi. Milano: Franco Angeli Ed., 1996.
5. Ancona M, Duccoli D. Qualità percepita e pediatria di gruppo: avvio di una ricerca. Medico e Bambino 1999;18:427.
6. Gargantini G, Perletti L. Denaro e sanità. Prospettive in Pediatria 1997;27:243.
7. EURISKO 1996. Rapporto tecnico conclusivo della ricerca "La qualità dei servizi sanitari secondo gli italiani" commissionata dalla Fondazione Smith Kline.
8. Fedel A. Da dipendenti a protagonisti. Milano: Franco Angeli Ed., 1996.
9. Borgonovi E. Gli investimenti possibili. In: Zavoli S. La lunga vita. Milano: Mondadori Ed., 1998.
10. Tamburlini G. Una nuova figura: l'organizzatore delle cure. Medico e Bambino 1999;3:175.

