

Customer satisfaction: cosa c'è da salvare?

Roberta Lerza

Direttore SC Pronto Soccorso e Osservazione Breve, Ospedale San Paolo, Savona

Da parecchi anni in sanità ci si occupa di customer satisfaction (CS) e cioè di quell'importante aspetto della qualità che dovrebbe racchiudere tutte le attenzioni che una amministrazione pone verso i suoi clienti con l'obiettivo finale di renderli soddisfatti del servizio offerto. Il concetto di CS nasce nelle aziende commerciali e successivamente viene divulgato nelle pubbliche amministrazioni e quindi anche in sanità. Tenere conto della opinione del cliente/utente è ritenuto elemento essenziale di qualunque rapporto tra chi produce e chi utilizza il prodotto, tra chi vende e chi compra, tra chi eroga un servizio e chi ne usufruisce. La CS è quindi l'opinione del cliente che emerge dalla differenza positiva o negativa tra quelle che sono le sue attese e quelle che sono invece le reali percezioni del prodotto servito, acquistato o utilizzato. In genere un cliente è soddisfatto quando la sua percezione di un prodotto o servizio è pari alle sue aspettative o desideri.

Credo si possa dire che il trasferimento di questi concetti dalle aziende commerciali alle pubbliche amministrazioni tra le quali quelle sanitarie, non sia stato del tutto indolore: l'introduzione della CS in sanità è stata talvolta enfattizzata in maniera acritica e calata sugli operatori senza che vi fosse una sufficiente comprensione e condivisione in merito a quegli aspetti positivi che certamente racchiude.

È pur vero che in genere si è spesso diffidenti nei riguardi delle innovazioni, ma è altrettanto vero che paragonare un processo di diagnosi e cura di una persona alla produzione di un qualunque prodotto commerciale può sembrare quantomeno discutibile. Le principali obiezioni degli operatori della sanità si potrebbero semplicemente riassumere con il fatto che se un cittadino/utente può certamente esprimere un giudizio su di un prodotto che cerca, acquista o utilizza, ad esempio un paio di scarpe, quando lo stesso cittadino si trova ad utilizzare un servizio sanitario, il suo giudizio è influenzato da talmente tante variabili, che la sua valenza può essere molto relativa. È però indubbio che indagini conoscitive di CS attuate da una amministrazione, hanno il potere di:

- alimentare la fiducia del cittadino nelle istituzioni dando l'impressione di una ferma volontà di migliorare
- fornire realmente in molti casi informazioni su cosa c'è effettivamente da migliorare
- essere un forte strumento per sottoporre problemi alle amministrazioni e
- consentire, almeno in parte, di mettere al bando l'autoreferenzialità perché in sanità in particolare, la percezione di una buona qualità di cura che hanno i medici e gli infermieri, non sempre correla con la percezione dei pazienti. Intendere il paziente anche come utente o cliente, vuol dire non considerarlo più come un oggetto passivo dell'atto medico, ma promuoverlo a soggetto attivo nella relazione.

Negli ultimi anni moltissime aziende di vario tipo hanno sposato la filosofia della CS ritenendola una tappa fondamentale del percorso della qualità ed un indicatore indispensabile per conoscere il rapporto della amministrazione con l'utenza. La CS è quindi intesa come uno strumento di gestione dell'organizzazione e delle persone ed una potente leva di accelerazione ed orientamento al cambiamento. Naturalmente questo strumento va utilizzato in maniera appropriata e, in ambito sanitario, non è sempre stato così. Innanzitutto le sfaccettature e le variabili che ci si trova ad affrontare nel campo della sanità non sono certo paragonabili ad altri contesti. Se chi compra un paio di scarpe può certamente e facilmente esprimere un giudizio inerente il prodotto acquistato, così come chi utilizza una struttura alberghiera darà opinioni verosimilmente attendibili su variabili quali il comfort, la pulizia, i costi, la gentilezza del personale, in sanità le cose non sono proprio così semplici. Il paziente,

alla stregua del cliente di un albergo, potrà relazionare su aspetti di umanizzazione, informazione, comfort e logistica delle strutture, ma il vissuto stesso di paziente/malato lo rende differente da un turista o da qualsiasi compratore o utente di un servizio. Accenno ad alcuni dei problemi principali. Quando è il momento più adatto per chiedere ad un paziente una opinione sul suo impatto con il sistema sanitario? La *tempistica* è spesso cruciale perché sottoporre questionari durante un ricovero implica una non trascurabile suditanza psicologica del paziente; al contrario rimandare l'indagine ad un momento successivo può far affievolire i ricordi e cambiare l'emotività del vissuto. Esiste poi un problema di *divario culturale* tra paziente e paziente e alcune domande potrebbero non essere gradite e/o capite: la necessità di semplificarle al massimo può essere per certi versi un limite di alcuni tipi di indagine e per altri versi domande troppo numerose e complesse portano a basse percentuali di risposta. Ma anche a prescindere dal livello culturale dei pazienti, è la *competenza in materia sanitaria* ad essere estremamente eterogenea tra soggetto e soggetto e perciò viene spontaneo domandarsi se è giusto chiedere opinioni specifiche sul livello di assistenza ricevuto e se si possano ottenere risposte in qualche modo valide. Altro aspetto di cui tenere conto è il *contesto* ove il paziente ha maturato la sua esperienza: un ambulatorio o una sala operatoria, una corsia di degenza o un pronto soccorso affollato non sono entità paragonabili tra loro e quindi vanno indagate con intuibile competenza e cautela. Probabilmente un limite importante della CS in sanità è che si ricorre quasi sempre a valutazioni con domande che vengono sottoposte per iscritto tramite questionari o per mezzo di interviste telefoniche o faccia a faccia. Altre tecniche previste dalla CS quali i focus group, l'osservazione diretta, l'incidente critico o le ricerche sul campo sono decisamente meno praticate e questo è senz'altro un limite. Una critica chiara all'approccio alla CS più praticato è espressa sul sito web della pubblica amministrazione della regione Lazio. Si legge infatti che "spesso le aziende redigono una superficiale e frettolosa serie di domande che sottopongono ad un campione di clienti e basano l'intero sistema della qualità su un tasso di risposta del 15%" e ancora "spesso le domande non rappresentano ciò che è importante per il cliente e le risposte provengono da un campione poco significativo" (web.sirio.regione.lazio.it). È certamente vero. Questionari ed interviste hanno limiti importanti che finiscono per determinare basse percentuali di risposta o risposte poco attendibili, ma ciononostante c'è la tendenza a perseverare ed utilizzare i risultati, quando positivi, alla stregua di una medaglia da appuntarsi sul petto stravolgendo quindi l'essenza stessa di una indagine di CS. Ne abbiamo recenti esempi in indagini di CS condotte nelle strutture di pronto soccorso (PS) in alcune regioni italiane. I dati liguri, che più specificamente conosco sono riportati nella tabella riassuntiva che allego (fig.1). L'indagine è stata condotta come intervista telefonica che raggiungeva i pazienti 30 giorni dopo il loro accesso nei vari pronto soccorso della regione. Le domande vertevano su diversi argomenti cercando di esplorare aspetti della accoglienza, dell'informazione e comfort, tempi di attesa prima della visita, efficacia del trattamento analgesico, qualità della assistenza medica ed infermieristica etc. Quest'ultimo aspetto è certamente il più discutibile perché come ho già accennato la competenza dei pazienti in materia sanitaria è estremamente eterogenea. L'impressione è che tutta l'indagine, dalla quale peraltro le strutture liguri escono con un giudizio lusinghiero, abbia diversi punti di debolezza. Tra questi certamente la scelta del campione che riguardava solo lo 0,2 % degli utilizzatori dei PS e nemmeno tutti gli intervistati hanno risposto alle domande. Sono stati esclusi dal campione i minorenni, gli extracomunitari ed i turisti stranieri cioè coloro che potevano avere difficoltà di comprensione telefonica e così anche i pazienti con qualche



Fig. 1 - Tabella riassuntiva di indagine di CS effettuata nel 2009 in Liguria.

grado di compromissione cognitiva (e in PS non sono pochi) ed i casi di rilevante gravità. Il campione era costituito prevalentemente da codici bianchi e verdi e quindi, ad esempio, la criticità della attesa dei codici gialli, che è problema di molti PS italiani, non è stata affatto affrontata. Il bias più evidente dello studio credo sia stato il fatto che gli operatori del PS, che in qualche modo erano oggetto di giudizio dell'indagine, erano perfettamente informati dello svolgimento dello studio essendo loro stessi deputati alla raccolta del consenso all'intervista da parte dei pazienti. In sostanza il tutto è sembrata più una operazione di immagine che uno studio attendibile dal quale trarre importanti indicazioni.

Di recente alcuni esperti del settore propendono per un ridimensionamento della CS e della sua rilevanza nella valutazione qualitativa dei servizi. Le indagini di CS vanno fatte, ma non vanno enfatizzate avendo probabilmente un ruolo ed un peso marginale nell'ambito della qualità generale. Esperti come Claudio Bezzi che cura il sito [valutazione.it](http://www.valutazione.it) arrivano a dichiarare "il tema della CS nei servizi pubblici mi sembra fortunatamente tramontato in Italia [...] immaginare che fare un questionario o focus group su ciò che giudicano gli utenti possa essere sufficiente a determinare la qualità di un servizio si scontra con una serie di evidenze oltre che con il buon senso". In effetti i limiti della CS stanno emergendo nelle perplessità di vari autori tra i quali il prof. Leonardo Altieri nel recente testo "Valutazione e partecipazione". Le critiche si possono muovere sia al metodo di rilevazione, prevalentemente costituito dai questionari/interviste, ma soprattutto alla reale importanza che va data ai risultati e al ruolo del paziente. Per citare alcuni aspetti basti pensare che se in un'indagine di CS può emergere un giudizio sull'efficienza di una struttura, ben difficilmente questo può misurarne l'efficacia o corrispondere ad essa. Inoltre non bisogna dimenticare mai la profonda differenza che corre tra le aspettative del singolo paziente ed il concetto di bisogni: le due cose spesso non collimano essendo i bisogni di una popolazione o comunità gli elementi rispetto ai quali una amministrazione organizza una risposta in termini di servizi. Ben diverso è il bisogno del singolo che pure ha delle aspettative che a suo giudizio devono essere soddisfatte. Senza voler mancare di rispetto è innegabile che l'utente sia portatore di un "egoismo ignorante" e cioè è egoista in quanto se ha un bisogno, vede solo quello e si rivolge ad un servizio pretendendo massima soddisfazione ed attenzione ma molto spesso è al contempo ignorante su tutta la materia legislativa o le regole inerenti la sua condizione e la prestazione che richiede ad una struttura. Questo per dire che spesso c'è asimmetria tra gli interessi collettivi e quelli personali dell'utente. Ma si potrebbe andare ancora avanti con altri esempi: a chi chiedere la soddisfazione sul servizio

in merito alla costrizione in comunità terapeutiche o a trattamenti sanitari obbligatori presso servizi psichiatrici? Che giudizio possono dare malati oncologici che malgrado le cure migliori possibili hanno pesantissimi effetti collaterali e vedono spesso comunque progredire la loro malattia? Gli approfondimenti vanno necessariamente rimandati alla letteratura specializzata.

Infine voglio fare una breve riflessione sul Pronto Soccorso e su quegli aspetti di qualità del servizio sui quali il paziente/utente del sistema dell'emergenza può o meno esprimere un giudizio obiettivo. Credo di poter affermare che negli ultimi anni le strutture di Pronto Soccorso abbiano fatto dei passi da gigante nel migliorare il servizio sotto tutti i punti di vista. Basti pensare ad esempio che siamo state le prime strutture clinico-degenziali interamente informatizzate. Anche l'introduzione sistematica del triage in tutti i PS ha portato significativi miglioramenti in termini di accoglienza, sorveglianza, informazione oltre che inquadramento delle patologie secondo criteri di priorità di visita. Molte strutture hanno locali più ampi ed adeguati. Questi aspetti credo possano facilmente essere percepiti dal cittadino che altrettanto facilmente può apprezzare l'enorme differenza rispetto al passato. Più difficile è il giudizio e la percezione su alcune innovazioni cliniche che hanno radicalmente cambiato il nostro lavoro e che costituiscono come minimo un forte presupposto di qualità. Mi riferisco all'introduzione di pratiche come l'ecografia-FAST di cui sta diventando competente il medico d'urgenza o i sistemi di ventilazione non invasiva che oggi usiamo routinariamente mentre prima erano prerogativa solo delle rianimazioni o delle pneumologie; inoltre una istituzione come l'Osservazione Breve Intensiva ha consentito una gestione più rapida e sicura di molti pazienti e possiamo anche affermare di essere probabilmente le strutture più dotate di protocolli e linee guida oltre a percorsi formativi continui e rigorosi.

Forse in nessuna altra struttura ospedaliera si sono avute innovazioni come nel nostro campo ma molte di queste riguardano aspetti eccessivamente tecnici perché un paziente ne possa trarre un giudizio competente. E l'amara e paradossale riflessione finale è che se mai dovesse essere percepito fino in fondo il miglioramento qualitativo dei PS in questi ultimi anni, per noi il risultato sarebbe quello di vedere arrivare un numero ancora maggiore di pazienti a richiedere le nostre prestazioni. Ma forse mi sbaglio: è invece possibile che il cittadino si stia rendendo già conto benissimo di quale miglioramento qualitativo sia avvenuto nei PS in questi ultimi anni e che ci veda comunque come coloro che nel bene o nel male una risposta la danno ed una responsabilità se la prendono. E forse per questo sono sempre di più quelli che si rivolgono alle nostre strutture.