

Articolo di ricerca

Il sistema sperimentale di rilevazione della qualità percepita della degenza presso il presidio ospedaliero dell'AslBi

BRIOSCHI D¹, MENEGON F², ALASTRA V³.

¹ Professionista Sanitario, SOC Formazione e Comunicazione AslBi, ² Sociologa, SOC Formazione e Comunicazione AslBi, ³ Psicologo e Psicoterapeuta, Direttore SOC Formazione e Comunicazione AslBi

Abstract

Razionale. L'Azienda Sanitaria Locale di Biella (AslBi) è situata in Regione Piemonte e fornisce assistenza sanitaria principalmente a circa 180.000 cittadini residenti nella medesima provincia. L'AslBi eroga servizi sanitari attraverso i due Distretti di Biella e Cossato e presso il Presidio di sua competenza.

Obiettivi e metodologia. In un momento storico-normativo, sia a livello italiano sia a livello europeo, di centralità del paziente all'interno dei diversi Sistemi Sanitari Nazionali e di valutazione delle performance ospedaliere in base alla rilevazione della qualità percepita, nel 2009 è stato istituito un Sistema Sperimentale di rilevazione della Qualità Percepita della degenza presso il Presidio Ospedaliero.

Metodologia. Utilizzo di metodiche di approccio al problema, come la *SafetyWalkAround* e l'analisi FMECA adattandole al contesto operativo. A livello di formazione si sono utilizzati strumenti di indagine conoscitiva come l'intervista con questionario e il Focus Group per la valutazione delle competenze e del livello culturale degli infermieri in materia.

Risultati e conclusioni. Mentre la qualità percepita spesso viene utilizzata come strumento di comunicazione esterna di performance aziendale, nello studio del Sistema di Rilevazione della Qualità Percepita dell'AslBi si è cercato in modo innovativo di valorizzare la sua funzione di strumento atto alla comunicazione interna aziendale in un approccio gestionale "bottom-up" che valorizzasse la diffusione della cultura organizzativa tra gli operatori sanitari.

Parole chiave. Qualità percepita, sistema di rilevazione della qualità percepita, approccio manageriale *bottom-up*, cultura organizzativa.

INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi trent'anni si è assistito ad una grande evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale. La prima tappa di tale evoluzione è stata la rincorsa all'efficienza che poneva l'attenzione prevalentemente sugli aspetti economici della sanità e, quindi, alla realizzazione delle attività attraverso un risparmio in termini di risorse impiegate.

Il passo successivo è stato la diffusione di una nuova attenzione rivolta all'efficacia, ossia alla realizzazione di quelle attività che fossero "quelle giuste" per il paziente o utente del sistema.

L'ultima fase di questa evoluzione, quella che sta attualmente vivendo il sistema sanitario, è rivolta a perseguire la qualità dell'assistenza sanitaria, ovvero a ricercare il continuo miglioramento di ciò che il sistema sanitario realizza per la persona assistita. È ovvio che con la qualità dell'assistenza sanitaria si faccia ancora riferimento al perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia, ma vengono introdotti ulteriori elementi quali la sicurezza, l'appropriatezza, l'equità di accesso e la partecipazione degli utenti attraverso la rilevazione della loro soddisfazione, la *Customer Satisfaction*.

LA RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA

È proprio nell'ambito del perseguimento della qualità, che l'Azienda Sanitaria di Biella ha inteso implementare un Sistema di Rilevazione Sperimentale che rilevasse in modo sistematico la qualità percepita della degenza presso il Presidio Ospedaliero. Come riportato in letteratura scientifica, il sistema di rilevazione e restituzione dei dati della qualità percepita può consentire sia un'efficiente e continuativa valutazione dei processi assistenziali ai fini della promozione e del miglioramento della qualità delle pre-

stazioni, sia la promozione tra gli operatori di una cultura organizzativa condivisa.

La soddisfazione del paziente può essere interpretata come un atteggiamento di percepita concordanza tra le aspettative del paziente verso il servizio erogato ed il conseguente riscontro individuale sulla qualità del servizio stesso: in questo senso la soddisfazione rappresenta un concetto soggettivo.

Figura 1 - Il Gap di soddisfazione (Fonte: schema tratto da "La qualità percepita nell'erogazione dei servizi sanitari" di M. Brusoni, 2001)



La rilevazione della Qualità Percepita dai pazienti dell'assistenza ricevuta durante la degenza ospedaliera persegue principalmente due scopi: monitorare la performance aziendale e stimolare i cambiamenti/miglioramenti nella qualità del "care", termine anglosassone per definire "l'assistenza" e la cultura dei professionisti ad essa dedicati. Sebbene le indagini finalizzate a rilevare l'esperienza soggettiva del paziente ad oggi siano diffusamente accettate come validi indicatori di performance aziendale, la loro utilità nel migliorare la qualità dell'assistenza a livello organizzativo non è ancora stata indagata con metodi di ricerca

sistematici.

Anche a livello di personale sanitario coinvolto nell'assistenza, spesso si ritrovano giudizi discordanti sull'utilità di rilevare o meno dati attraverso l'uso di questionari. Vi sono professionisti con atteggiamenti positivi nei confronti della restituzione delle rilevazioni della qualità percepita, ed altri riportanti forti dubbi sul valore della rilevazione. Le critiche spesso si focalizzano sul numero elevato di *item* presi in considerazione nel questionario e sulla difficoltà nel riuscire effettivamente a calcolare il vero costo-beneficio dell'utilizzo di questo strumento.

La normativa

"Rilevare la *Customer Satisfaction* consente alle amministrazioni di uscire dalla propria autoreferenzialità, aiutandole a relazionarsi con i cittadini, a conoscere e comprendere sempre meglio i bisogni dei destinatari ultimi delle proprie attività e a riprogettare, di conseguenza, sia le politiche pubbliche che il sistema di erogazione dei servizi. Occorre quindi che le amministrazioni diventino maggiormente capaci di dare valore al punto di vista del cittadino e occorre che l'ascolto diventi una funzione permanente, pianificata, organizzata e governata dei servizi pubblici".

Sono queste le motivazioni alla base della direttiva sulla *Customer Satisfaction*, emanata nel 2004 dal Ministro della Funzione Pubblica, Luigi Mazzeo. Un documento che nasce per diffondere e rafforzare le attività di ascolto dei cittadini e dei pubblici di riferimento, contribuendo così ad una sempre maggiore promozione della cultura della comunicazione e al miglioramento organizzativo continuo nelle Pubbliche Amministrazioni.

Partendo da questo presupposto, dirigenti e dipendenti pubblici sono invitati, in questo decreto legislativo, ad assumersi l'impegno di progettare e svolgere periodiche rilevazioni sul gradimento dei servizi pubblici, cui dovrà seguire la diffusione dei risultati e con essa l'individuazione di politiche e strategie che portino alla modifica dei servizi a seconda di quanto emerso dalle analisi.

Ma non basta: agli amministratori viene chiesta una vera e propria attitudine alla misurazione e al miglioramento continuo e, perché ciò avvenga, lo sviluppo di specifiche competenze e figure professionali in grado di gestire le attività di *Customer Satisfaction*. La direttiva non si limita però a fornire semplici principi generali. Nel documento si elenca infatti una serie di indicazioni cui fare riferimento per la realizzazione di indagini, studi e valutazioni. Tra queste, anche una serie di precisazioni su cosa non è *Customer Satisfaction*. Un'attività che, specifica il testo, non può essere confusa né con i sondaggi di opinione, né con la semplice distribuzione di questionari di gradimento non supportati da una metodologia adeguata.

Tutto ciò è infatti qualcosa di diverso da quanto richiesto dal Ministero, così come lo sono i dati statistici "fatti a se stessi e non correlati a possibili azioni e interventi di miglioramento". E, ancora, le misurazioni relative all'adeguatezza del personale e dei servizi a diretto contatto con l'utente, perché il gradimento dei servizi non si riscontra valutando solo gli anelli finali della filiera, ma tenendo conto di tutti gli aspetti che contribuiscono alla loro erogazione.

Nella direttiva si individuano quattro fasi del processo di rilevazione, a cominciare dalla sua preparazione, che consiste nella definizione dell'ambito e dell'obiettivo di indagine e nella scelta delle risorse a cui affidarsi. Segue la raccolta dei dati, a sua volta articolata in una fase preliminare di definizione degli aspetti su cui concentrarsi (attraverso interviste, focus group ecc.), nella successiva preparazione degli strumenti di rilevazione e delle metodologie di ricerca, e infine nella somministrazione di questi ultimi agli utenti. Le ultime due fasi sono quelle dell'elaborazione e dell'interpretazione dei dati, da cui dovrebbero scaturire i punti di forza e le aree di debolezza del servizio, e la presentazione e suc-

cessiva utilizzazione dei risultati per la definizione di piani di miglioramento e azioni correttive. Non mancano infine i riferimenti all'importanza delle attività di comunicazione pubblica nella promozione della *Customer Satisfaction*. E, più in generale, si raccomanda anche di curare la comunicazione interna - necessaria per motivare e coinvolgere adeguatamente il personale coinvolto - e quella esterna, per favorire la partecipazione dei cittadini alle indagini e rafforzare la credibilità e l'affidabilità delle amministrazioni. Motivi ampiamente validi per programmare la comunicazione fin dall'inizio, raccomanda la direttiva, evitando di ricorrere a semplici iniziative marginali, e coinvolgendo direttamente i vertici amministrativi.

La continuità è naturalmente considerata essenziale anche per le stesse attività di *customer*. "Le rilevazioni non possono costituire fatti meramente episodici", si legge nel documento, perché "è la continuità nel tempo che consente di capire l'evoluzione dei bisogni e delle attese dei cittadini e di monitorare la capacità dell'amministrazione di adeguarsi ai cambiamenti e di adeguare i propri standard di attività".

Nel corso del 2009 il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, Renato Brunetta, in partnership con enti nazionali ed amministrazioni locali, ha ripreso l'importanza della rilevazione della *Customer Satisfaction* all'interno delle Pubbliche Amministrazioni con l'iniziativa pilota "Mettiamoci la faccia", promossa per rilevare in maniera sistematica attraverso l'utilizzo di *emoticons*, le faccine, la soddisfazione di cittadini e utenti per i servizi pubblici erogati agli sportelli o attraverso altri canali (web e telefono).

Anche a livello europeo, nel corso della Quinta Conferenza Europea sulla qualità a Parigi nell'ottobre 2009, è stato presentato il primo report della "European Primer on *Customer Satisfaction Management*". È il risultato, in materia di *Customer Satisfaction*, del lavoro del network Eupan, la rete informale tra le Funzioni Pubbliche dell'Unione Europea. Il tema della *Customer Satisfaction* è, da molti anni, nell'agenda dell'Eupan e di recente l'interesse per questo ambito è ulteriormente cresciuto. Durante le Presidenze austriaca (prima metà 2006), finlandese (seconda metà 2006) e tedesca (prima metà 2007) sono state intraprese molte iniziative, nell'ambito dell'Eupan Expert Group sulla *Customer Satisfaction*, e si sono raccolte molte buone pratiche ed esperienze da tutta Europa. A partire da questi buoni esempi l'*expert group* ha prospettato l'avvio di alcune iniziative, nell'ottica di ampliare l'ambito di analisi della *Customer Satisfaction*, non limitandolo alle sole indagini e misurazioni. Misurare la *Customer Satisfaction* è una cosa, gestirla è un'altra e questo dovrebbe essere il vero obiettivo.

È nata così l'idea di realizzare un report europeo sulla *Customer Satisfaction*. Questo progetto è stato iniziato nel corso della Presidenza portoghese (seconda metà del 2007), che decise anche di finanziarlo. In questa fase, l'Istituto Europeo per la Pubblica Amministrazione (EIPA-Maastricht) è stato coinvolto nel progetto. Come spunto, è stato considerato un precedente volume inglese sul tema "The Primer on *Customer Insight*" (Cabinet Office, 2006), che analizza la rilevanza del punto di vista degli utenti e il ruolo che il cittadino-cliente gioca nel *management* del settore pubblico. Sotto la Presidenza slovena (prima metà del 2008) e francese (seconda metà del 2008) l'*expert group* sulla *Customer Satisfaction* ha lavorato alla versione europea di questo documento, che propone una panoramica sulle diverse metodologie e tecniche relative alla *Customer Satisfaction*, con un'attenzione all'analisi dei bisogni degli utenti e delle loro aspettative. Il report europeo raccoglie quindi molte informazioni già disponibili su tale tematica presentando casi ed esempi pratici da amministrazioni di tutti i Paesi Membri. L'obiettivo del documento non è introdurre metodologie innovative, ma integrare molti elementi, già esistenti a livello europeo.

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO DELL'AZIENDA SANITARIA DI BIELLA

L'AsiBi è l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Biella, in Piemonte. Il Biellese è un'area situata ai piedi delle Alpi piemontesi, in un contesto geografico per lo più collinare e montuoso. L'Azienda Sanitaria Locale, che ha sede legale in Biella, comprende 74 comuni degli 82 della Provincia, per un totale di 178.000 abitanti, oltre il 50% dei quali concentrati lungo l'asse Biella-Cossato e nell'immediato hinterland di Biella. L'altro 50%, pari a una popolazione circa di 90.000 abitanti, è collocato in territorio collinare o montano. L'Azienda dispone di un unico Presidio Ospedaliero di circa 400 posti letto, il territorio è suddiviso nei due Distretti di Biella e Cossato che corrispondono anche ai territori di pertinenza. Tale distribuzione eterogenea della popolazione comporta spesso l'accesso svantaggiato ai servizi centrali dovuto anche a motivi di viabilità e di condizioni meteorologiche a volte sfavorevoli. Questo rende ovviamente più complesso garantire un'organizzazione di servizi che capillarmente risponda alla stessa domanda di salute per tutti i cittadini. La necessità di offrire ai cittadini-clienti della sanità servizi efficaci ed efficienti richiede quindi una strategia di programmazione ed erogazione dei servizi sanitari che sia il più possibile interdisciplinare. Il coinvolgimento attivo ed il coordinamento degli enti e degli operatori che svolgono attività nelle "aree geograficamente disagiate" appare un utile metodo di lavoro finalizzato ad ottimizzare le attività di promozione della salute, sia nell'ambito della prevenzione, sia in quello della cura, dell'urgenza e dell'assistenza.

Dal punto di vista economico-industriale il Biellese è stato per decenni un territorio di forte sviluppo del settore tessile, soprattutto grazie all'altissima qualità dei prodotti manifatturieri l'industria laniera che si è sviluppata a livello internazionale e ha garantito al territorio biellese un grado di sviluppo economico e un tenore di vita elevati.

Nel corso degli ultimi anni, la profonda crisi economico finanziaria che ha colpito i mercati mondiali e, soprattutto, la monosettorialità del sistema produttivo locale, hanno inciso in maniera negativa sia sull'occupazione che sullo sviluppo del territorio.

Come la maggioranza del territorio nazionale, il profilo demografico del territorio biellese è stato caratterizzato nell'ultimo ventennio da un progressivo invecchiamento della popolazione, con indici di vecchiaia e di dipendenza strutturale degli anziani molto più elevati rispetto ai dati nazionali e regionali (al 01/01/2009 il territorio AsiBi presentava un indice di vecchiaia di 208 e un indice di dipendenza strutturale degli anziani di 39,2, a fronte di dati regionali di 178,7 e di 34,7 e nazionali di 143,4 e 30,1).

Per quanto concerne la popolazione immigrata, la percentuale di stranieri residenti si aggira intorno al 5,3% (il dato si riferisce allo 01/01/2009) ed è inferiore alla media regionale (7,9%). La popolazione immigrata è relativamente giovane, con un'età media molto bassa, e vede la presenza di pochissimi anziani.

La complessità del contesto socio-economico e dei trend demografici riportati influiscono sui determinanti di salute della popolazione del territorio biellese. In questo senso quindi la definizione dei profili di salute della popolazione e la sua segmentazione diventa un elemento rilevante della diversificazione nella programmazione ed organizzazione sanitaria per l'erogazione dei servizi dell'Azienda Sanitaria Locale.

IL SISTEMA QUALITÀ PERCEPITA DELL'ASLBI COME STRUMENTO DI COMUNICAZIONE INTERNA ED 'EMPOWERMENT' DELL'OPERATORE

All'interno dell'AsiBi le attività di rilevazione ed analisi della Qualità Percepita dei pazienti ricoverati presso il Presidio Ospedaliero sono coordinate dalla Struttura Organizzativa Complessa Formazione e Comunicazione. Il Sistema di Rilevazione della Qualità Percepita dell'AsiBi è stato pensato non solo come uno strumento di misurazione, ma anche come un'occasione di apprendimento or-

ganizzativo continuo finalizzato al miglioramento della qualità del prendersi cura. A fronte di una realtà organizzativa complessa come quella di un'Azienda Sanitaria, si è cercato di tradurre in strumenti comunicativi semplici e altamente fruibili dagli operatori i dati in merito alla qualità percepita della degenza rilevati presso la loro struttura ospedaliera.

Spesso una delle più rilevanti differenze nell'interpretare i dati e, quindi, nell'utilizzarli come informazioni utili al miglioramento e all'apprendimento organizzativo, si manifesta fra il ruolo del "management" e quello dei "clinici", considerando nel primo gruppo tutti quei soggetti che hanno prevalentemente responsabilità gestionali, economico-finanziarie ed amministrative e nel secondo chi è a diretto contatto con il paziente e deve assicurare gli interventi preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, e di promozione della salute e cioè i medici ed il personale sanitario.

Il primo problema di un Sistema di Rilevazione Aziendale della Qualità Percepita della Degenza che voglia rappresentare anche uno strumento di apprendimento organizzativo è come arrivare a creare un "ponte" che colmi il gap sull'interpretazione dei dati tra l'approccio manageriale e quello clinico. La necessità riscontrata dall'organizzazione è stata, in quest'ottica, quella di andare oltre alla semplice misurazione e restituzione di dati relativi alla performance generale aziendale, per arrivare a fornire agli operatori delle informazioni chiare ed immediatamente evidenti sulla propria struttura che permettessero effettivamente di capire in quale punto del processo organizzativo intervenire per raggiungere il miglioramento organizzativo-assistenziale.

Non è semplice tuttavia parlare di "Qualità Percepita della Degenza" data la multifattorialità del concetto. Il complesso rapporto che si instaura tra chi eroga i servizi sanitari e chi li riceve, spesso viene interpretato da punti di vista parziali o secondo chiavi di lettura che privilegiano esclusivamente un solo aspetto dello scambio che si instaura tra organizzazione e contesto esterno, rappresentato dagli utenti/pazienti. All'operatore sanitario è spesso richiesto di gestire più processi assistenziali in contemporanea: il telefono che suona, il paziente che aspetta, il dirigente che gli chiede una prestazione sanitaria urgente. L'operatore si trova quindi spesso in difficoltà nel percepire e rispettare il sentito e le aspettative del paziente. Dal canto suo il paziente spesso finisce per percepire la ricerca dell'efficienza gestionale dei diversi processi come una fredda mancanza di attenzione da parte dell'operatore nei confronti dei suoi bisogni ed aspettative assistenziali.

È frequente quindi che i professionisti sanitari sentano la difficoltà a fare comprendere ai pazienti/clienti aspetti e motivazioni di alcune scelte o alcune prassi, mentre i pazienti e/o le loro famiglie percepiscono di non aver trovato risposte soddisfacenti ai propri bisogni. Ciascuno infatti interpreta la relazione attraverso le proprie categorie cognitive e il proprio modello interpretativo di "che cosa dovrebbe veramente essere un servizio di qualità". Il concetto di qualità è fortemente influenzato dalla cultura e dal vissuto sia dell'operatore che del paziente. Alla luce di questi importanti fattori diventa quindi fondamentale per l'organizzazione sanitaria facilitare un punto di convergenza tra il "vissuto e sperimentato dal paziente" ed il "vissuto e sperimentato dell'operatore".

Nonostante la normativa insista giustamente sull'importanza di inserire la *Customer Satisfaction* tra i fattori da rilevare e misurare come performance, è difficile operativamente obbligare un operatore a sensibilizzarsi ed agire di conseguenza. Anche lavorando attraverso lo sviluppo di forti meccanismi operativi organizzativi di tipo gerarchico - supervisione, sistemi incentivanti economicamente o punitivi - i risultati non sarebbero diversi. La normativa non può bastare da sola ad apportare dei cambiamenti in tale ambito, anche a fronte di una forte strutturazione verticale e gerarchica dell'organizzazione sanitaria. I veri cambiamenti si possono ottenere attraverso strumenti comunicativi e formativi che possano agire a livello di cultura dell'operatore sanitario, e a livello di cultura organizzativa. Il

modo in cui ciascun operatore si comporta sul posto di lavoro è determinato sia da come lo stesso percepisce l'ambiente di lavoro in cui si trova, sia dal valore proprio di sé come singolo e come immagine riflessa dall'organizzazione. Se l'operatore ritiene di avere un ruolo fondamentale per l'organizzazione e se l'organizzazione è in grado di valorizzarlo per le sue competenze, la relazione che si instaurerà tra lo stesso ed il paziente, nonostante le difficoltà operative, sarà probabilmente di tipo positivo. Se viceversa l'operatore sanitario pensa a se stesso come ad un'appendice non funzionale e periferica dell'organizzazione, sarà difficile che la relazione operatore-paziente possa essere di tipo positivo. L'orientamento all'erogazione di un servizio inizia, quindi, non nel momento stesso in cui si verifica l'interazione con i clienti/pazienti esterni, ma è creata dai comportamenti e dalla cultura delle persone-operatori che trasmettono così ciò che l'organizzazione si aspetta, richiede, apprezza e valuta, ma soprattutto ciò che per l'operatore stesso è un valore.

A questo proposito il Sistema Sanitario del Regno Unito ha delineato nell'*Operating Framework 2008/2009* quale priorità "il miglioramento dell'esperienza del paziente, della soddisfazione degli operatori e del loro impegno a tale proposito".

È proprio tenendo presente quest'ottica di continuo *feedback* paziente-operatore-organizzazione che si è interpretato e costruito il Sistema di Rilevazione della Qualità Percepita dell'AslBi. In considerazione del fatto che il miglioramento della qualità passa attraverso un *feedback* positivo tra l'esperienza dell'operatore e quella del paziente, si è ritenuto fondamentale il coinvolgimento degli ope-

ratori nella valutazione dei risultati raggiunti dall'Azienda Sanitaria.

Gli operatori sanitari non devono più essere considerati semplice punto di arrivo di informazioni trasmesse dagli Uffici di Staff dell'Azienda Sanitaria, ma attori primari del cambiamento e miglioramento organizzativo. Sono loro che, grazie al loro vissuto quotidiano attraverso lo scambio di informazioni, pratiche e suggerimenti, aiutano l'organizzazione gerarchizzata a ridefinire e migliorare l'erogazione dei servizi, creando in tal modo una catena di miglioramento continuo che permette di colmare il gap tra le figure dirigenziali amministrative/uffici di staff ed il personale clinico-assistenziale.

Affinché ci possa essere un'ottimizzazione dei risultati organizzativi il *feedback* o il ciclo di controllo e miglioramento deve operare ai diversi livelli dell'organizzazione, attraverso team individuali, unità o dipartimenti. La figura del Dirigente Organizzativo diventa a questo punto fondamentale punto di raccordo delle diverse e singole proposte organizzative. È attraverso la sua figura, ma con un approccio organizzativo "*bottom-up*", che i risultati e le informazioni ottenute vanno oltre i confini del singolo team organizzativo legato all'unità, reparto o dipartimento di appartenenza, diventando delle "*best practice*" aziendali organizzative. Molto semplicemente sono gli operatori che all'interno del proprio team lavorativo con un approccio organizzativo "*bottom-up*" possono cambiare l'organizzazione in modo permanente e continuativo, mentre il Dirigente assume una posizione di "Vigile Spartitraffico".

Figura 2 - La catena cliente-fornitore: un anello (Fonte: schema tratto da "La qualità percepita nell'erogazione dei servizi sanitari" di M.Brusoni, 2001)



Figura 3 - Il Sistema di Rilevazione della Qualità Percepita inserito in un processo di apprendimento organizzativo continuo (Fonte propria aziendale)



Metodi e strumenti della rilevazione dei dati relativi alla qualità percepita del Presidio Ospedaliero dell'AslBi

Lo strumento utilizzato presso il Presidio Ospedaliero per la rilevazione della qualità percepita della degenza è il questionario. Il questionario in uso è stato messo a punto nel 1997 a cura del Responsabile dell'Ufficio Promozione e Garanzia Qualità. Il questionario indaga soprattutto le dimensioni degli aspetti organizzativi ed interpersonali. È anonimo, autocompilato e articolato in venti domande inerenti la valutazione della Qualità Percepita dell'Assistenza Ospedaliera per quanto riguarda:

- l'assistenza complessiva percepita;
- l'assistenza alberghiera;
- la valutazione del rapporto con il Personale Medico;
- la valutazione del rapporto con il Personale Infermieristico.

Comprende anche alcune informazioni di carattere socio-demografico (età, sesso, istruzione del rispondente).

Il questionario viene distribuito a tutti i degenti ricoverati presso i Dipartimenti Ospedalieri - Dipartimento di Chirurgia, Dipartimento di Medicina, Dipartimento dei Servizi, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento di Emergenza - da un infermiere o dal Coordinatore Infermieristico in prossimità della dimissione. In caso di ricovero

giornaliero in *Day Surgery* il questionario viene distribuito al momento dell'ammissione. Le domande richiedono, per lo più, l'indicazione di un giudizio su di una scala a quattro livelli (buono, soddisfacente, mediocre, insoddisfacente), mentre per altre domande la risposta prevista è dicotomica (sì - no). La domanda conclusiva relativa a osservazioni, suggerimenti o critiche è aperta. Il paziente è invitato a compilare il questionario e inserirlo in un apposita cassetta collocata nell'atrio principale del Presidio.

Metodi e Strumenti per l'inserimento dei dati e l'elaborazione

I questionari compilati vengono raccolti e portati alla S.O.C. Formazione e Comunicazione. Ogni questionario viene singolarmente inserito sul programma di Microsoft "Access" al fine di creare un data base delle degenze organizzato per anno. L'utilizzo del programma Access permette la strutturazione di un database attraverso la creazione di maschere e delle relative *Query* organizzate per *item*. Mentre l'indagine per la rilevazione della qualità percepita della degenza presso il Presidio avviene in modo continuativo, l'elaborazione dei dati avviene trimestralmente. Ogni *item* presente sul questionario viene elaborato a livello di trend ospedaliero, poi, per le voci del questionario ritenute più significative, viene elaborato a

Tabella 1 - Item del questionario. Fonte propria aziendale.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA DELLA DEGENZA OSPEDALIERA	
	Item indagati
Dati sociodemografici	età
	sexso
	livello di istruzione
	come il paziente giudica le proprie condizioni di salute all'accesso ospedaliero
Accoglienza	la difficoltà ad orientarsi all'interno della struttura (domanda dicotomica)
	la disponibilità riscontrata all'accesso in reparto
Ospitalità	come ha valutato l'organizzazione della giornata
	valutazione della pulizia della camera
	valutazione della pulizia dei bagni
	valutazione della pulizia degli ambienti comuni
	valutazione del vitto
	disturbo notturno
	ospitalità riscontrata durante il periodo di degenza
Giudizio complessivo sulla prestazione ricevuta	giudizio complessivo sull'assistenza
	valutazione delle cure ricevute
	valutazione della riservatezza/intimità
Valutazione del rapporto con il Personale Medico	disponibilità all'ascolto, educazione e gentilezza riscontrate, disponibilità alle spiegazioni, professionalità
Valutazione del rapporto con il Personale Infermieristico	disponibilità all'ascolto, educazione e gentilezza riscontrate, disponibilità alle spiegazioni, professionalità
Qualità dell'informazione	soddisfazione delle informazioni ricevute alla dimissione
	soddisfazione in merito a Informazioni su Esami Diagnostici e Terapie
	osservazioni e suggerimenti (domanda aperta)

livello di Dipartimento, Struttura Organizzativa Complessa-Semplice. I risultati vengono tutti espressi in forma di percentuale, per favorire la facilità di lettura, l'immediatezza e la diffusione di conoscenza da parte di tutti gli operatori. L'obiettivo primario è fornire ai diversi contesti operativi solo le informazioni per loro necessarie e rilevanti. La restituzione dei dati deve infatti risultare chiara e significativa per quella realtà, affinché sia possibile tradurre in azioni specifiche e comportamenti organizzativi le informazioni ricevute.

Creazione dei Report e restituzione dei risultati alle Strutture Organizzative interessate

Considerando che i questionari sulla qualità percepita dell'assistenza forniscono un importante contributo al *rating* della performance aziendale, implementano e sostengono una cultura gestionale "*patient-centred*", facilitano la cultura del *benchmarking* attraverso l'analisi per reparto/dipartimento e sviluppano processi di integrazione tra la figura manageriale e quella clinica, si è giunti all'evidenza dell'importanza della realizzazione e dell'utilizzo di "*feedback report*" trimestrali.

Non appena terminata l'elaborazione, i report contenenti i risultati di ogni Struttura vengono trimestralmente diffusi ai Direttori di Struttura Complessa o Semplice e ai Coordinatori Infermieristici di Reparto tramite *e-mail*. La modalità scelta per la restituzione dei dati per Struttura prevede: il trend ospedaliero rispetto a tutte le voci presenti nel questionario (20 *item*); il trend della propria Struttura rispetto alle voci ritenute più significative (difficoltà nell'orientamento, cortesia riscontrata all'arrivo presso il reparto, valutazione del rapporto con il personale medico ed infermieristico ciascuno per le quattro voci riportate nel questionario, giudizio complessivo sul ricovero); le osservazioni e note libere dei pazienti riportate per quella struttura in calce al questionario.

Come riportato e fortemente raccomandato in letteratura scientifica, la possibilità di raccogliere ed analizzare i dati d'indagine per piccole unità operativa o Struttura incoraggiando ogni reparto ad analizzare i propri risultati, incrementa esponenzialmente la partecipazione proattiva dell'operatore e la cultura organizzativa condivisa.

Per favorire il miglioramento della Performance dell'assistenza a livello Dipartimentale, ai Coordinatori di Dipartimento viene inviato trimestralmente via *e-mail* il report contenente i dati in riferimento a tutte le Strutture Organizzative Complesse e/o Semplici di propria appartenenza.

La possibilità di capire come si colloca la propria Struttura rispetto al trend ospedaliero, come mai si hanno determinati risultati superiori/inferiori ad esso per i singoli *item*, come le note riportate dai pazienti vengono sperimentate anche dagli operatori ed in che modo possono aiutare a migliorare il servizio offerto attraverso lo scambio di pratiche ed informazioni sono obiettivi che si vogliono raggiungere con la diffusione dei report. La sistematizzazione di report sintetici che riportino le osservazioni dei pazienti, sia quelle espresse in termini positivi sia quelle espresse in termini negativi, indirizzano il personale coinvolto nell'assistenza rispetto a quanto di positivo o negativo è stato fatto nei tre mesi precedenti.

Per incrementare l'aderenza e la sensibilizzazione da parte degli operatori sanitari al Sistema di Rilevazione della Qualità Percepita della Degenza sono state inoltre pubblicate sull'Intranet Aziendale delle *slides* riportanti le finalità del sistema ed affissi dei Poster presso i Reparti.

Limiti della Rilevazione

Le valutazioni della qualità percepita richiedono uno sforzo importante sia da un punto di vista della pianificazione ed ideazione del progetto sia da un punto di vista della realizzazione ed organizzazione. Il questionario utilizzato è sintetico e chiaro in quanto esplora alcune delle principali dimensioni della qualità percepita, mentre risulta poco indagata la qualità della competenza profes-

sionale degli operatori: uno degli aspetti più difficili da indagare nonostante rappresenti uno dei principali motivi di reclamo. Non viene inoltre esplorata la dimensione della qualità tecnica e dell'efficacia della cura, area di difficile valutazione per il paziente che, in genere, non dispone delle conoscenze atte a formulare un giudizio oggettivo. Sicuramente altri strumenti di indagine di valutazione maggiormente qualitativa, come i focus group o le interviste telefoniche, potrebbero offrire maggiori possibilità di far emergere un giudizio più ampio ed articolato da parte dei pazienti sulla qualità percepita durante la degenza.

Per quanto riguarda la popolazione studiata, il criterio di selezione è casuale: il questionario viene distribuito a tutti i degenti e vengono analizzati tutti i questionari che ritornano compilati. In questo modo, chiaramente, non è possibile garantire la rappresentatività statistica di tale campione in relazione alle principali variabili di stratificazione, quali sesso, età, etc.

Inoltre si riscontra per alcuni reparti una mancata restituzione di questionari compilati, oltre ad una disomogeneità di partecipazione che sembrano indicare una diversa sensibilità degli operatori a distribuire i questionari o, forse, in alcuni casi una possibile selezione implicita a monte nella distribuzione.

Esiste anche la possibilità che, sicuramente come fenomeno molto minoritario, ci possano essere dei questionari autocompilati dagli operatori stessi. Tutti questi fattori incidono in parte sulla significatività statistica dei risultati della rilevazione, oltre ad evidenziare quanto precedentemente riportato in merito alla valutazione del Sistema di Rilevazione della Qualità Percepita come strumento di sensibilizzazione ed accrescimento di cultura organizzativa condivisa.

RISULTATI

La metodologia utilizzata si è rivelata ad alta riproducibilità presso altre organizzazioni sanitarie. Nel 2009 il Sistema Sperimentale di Rilevazione della Qualità Percepita della degenza ha coinvolto 24 strutture sia complesse che semplici, 869 dirigenti e professionisti sanitari, il management aziendale. La valutazione dei risultati del quadriennio ha evidenziato, prima della sistematizzazione della rilevazione della qualità percepita e della sua analisi, un lieve trend negativo che ha fatto sì che molte delle voci del questionario dal 2006 al 2008 perdessero in media 3 punti percentuali, con una ripresa, per contro, nell'anno 2009. La forte riorganizzazione aziendale legata al nuovo Piano Strategico, la mancanza di restituzione regolare dei risultati per struttura e la perdita di sensibilizzazione nei confronti di questo strumento di cruscotto manageriale ha favorito la perdita di fiducia da parte dell'operatore in questo strumento.

L'analisi è stata svolta sulle 17.122 schede restituite dai pazienti ricoverati nel corso del periodo dal 2006-2009: 4578 nel 2006, 4942 nel 2007, 3982 nel 2008 e 3620 nel 2009. Complessivamente il tasso di risposta al questionario nel quadriennio è diminuito, rispetto al numero di pazienti ricoverati è stato del 23,9% nel 2006 (totale ricoveri 19.133), del 24,9% nel 2007 (totale ricoveri 19.857), del 20,5% nel 2008 (totale ricoveri 19.454) e del 19,0% nel 2009 (totale ricoveri 19.047). Si è avuta una forte ripresa nella percentuale di risposta da parte dei degenti nei primi sei mesi del 2010 raggiungendo il 27% dei ricoverati sia in *Day Hospital/Surgery* che in ricovero ordinario.

Data l'importante riorganizzazione aziendale non è stato possibile riportare in modo attendibile la distribuzione dei questionari restituiti per Dipartimento con un confronto tra i quattro anni.

Nel quadriennio, per quanto riguarda la valutazione del rapporto con il personale medico, nonostante si evidenzino risultati positivi, si è rilevato un lieve trend negativo dei giudizi "buono" nei primi anni. L'80,1% in media ha valutato "buono" l'Educazione e la Gentilezza riscontrate, con un trend percentuale lievemente negativo che è passato da 80,3% nel 2006 a 79,0% nel 2008. Nel 2009 il valore è

risalito all'82,1%. La valutazione "buono" della disponibilità all'ascolto ed alle spiegazioni ha mantenuto per entrambe le voci trend praticamente simili nel quadriennio con una media rispettivamente di 74,3% per la prima e di 72,0% per la seconda, ma una perdita di circa 3 punti percentuali dal 2006 al 2008 ed una ripresa nel 2009.

La professionalità giudicata "buono" dai pazienti ricoverati è passata da 78,2% nel 2006 a 79,4% nel 2009, con un minimo del 77,0% registrato nel 2008.

Anche la valutazione sul rapporto con il personale infermieristico presenta valori più che soddisfacenti, simili a quelli espressi nella relazione con il personale medico. Si registra in media un peggioramento a livello di trend nell'anno 2008.

L'educazione e la gentilezza sono state giudicate "buono" da una media del 81,7%, con una valutazione inferiore pari a 80,1% nel 2008 e superiore pari a 83,1% nel 2009.

L'ascolto è stato valutato mediamente "buono" da circa il 77,2% dei pazienti ricoverati. Si evidenzia un trend lievemente negativo dal 2006, 78,4%, al 2008 che presenta una valutazione inferiore alla media pari a 75,3%. Il 2009 registra una ripresa con un valore molto simile a quello iniziale, pari a 77,9%.

La vicinanza è stata giudicata "buono" dall'80,1% dei pazienti nel 2006, con un trend negativo nel 2008, 75,7%, ed una ripresa nel 2009 con percentuale pari a 77,4%.

Nella valutazione della professionalità si ritrovano trend molto simili a quelli precedenti. L'80,1% dei pazienti ha riportato "buono" nel 2006 la professionalità, riportando un valore minimo nel 2008 pari a 77,1% ed una ripresa di punti percentuali pari a 79,7% nel 2009.

Per quanto riguarda la valutazione in merito alla qualità dell'assistenza ricevuta durante il ricovero si registrano trend pressoché stabili, con percentuali inferiori registrate soprattutto nel 2008.

Mediamente il 70% dei pazienti ha giudicato "buono" il ricovero, con un trend in lieve miglioramento tra il 2006, che registra un valore pari a 69,6%, ed il 2009 con valore pari a 71,1%.

Il 61,7% dei pazienti ha dichiarato nei quattro anni di essere pienamente soddisfatto delle informazioni ricevute alla dimissione, con un valore massimo pari a 63% nel 2006 e un valore minimo pari a 60,2% nel 2008. Nel 2009 il valore risale a 61,8%. Il 23,2% ha valutato "sufficiente" le informazioni ricevute alla dimissione.

Anche l'organizzazione della giornata è stata valutata "buono" dal 62,5% dei pazienti nel 2006 con un trend in lieve peggioramento fino al 2008, nella quale si registra un dato pari a 60,7%, ed un miglioramento del trend nel 2009 con un dato di soddisfazione pari a 63,5%.

Nel quadriennio è inoltre aumentato il numero di pazienti che hanno riportato note o suggerimenti in fondo al questionario. Il valore è passato da 18,4% nel 2006 a 22% nel 2009.

CONCLUSIONI

L'organizzazione sanitaria è un'organizzazione complessa costituita da numerose Strutture che collaborano tra di loro per erogare i servizi. Il modo in cui ciascun operatore si comporta sul posto di lavoro è determinato sia dalla rappresentazione che l'operatore ha del proprio ruolo e del proprio ambiente di lavoro, ma anche da come l'organizzazione si rapporta con lui e lo valuta.

La qualità del servizio non si esaurisce quindi nella semplice erogazione dello stesso, ma è determinata anche dalla cultura organizzativa che deriva dalla visione che ciascun operatore ha del proprio ruolo/funzione e da quello che l'organizzazione gli chiede.

Per erogare un servizio di qualità non è sufficiente rilevare la soddisfazione dell'utente/paziente, ma bisogna agire a livello di cultura organizzativa e sul senso e significato che gli operatori danno al proprio fare: il miglioramento della qualità passa anche attraverso un'integrazione tra l'esperienza dell'operatore e quella del paziente. Quando l'operatore è insoddisfatto è difficile che il paziente possa

percepire un servizio di qualità e dare un *feedback* positivo.

Un Sistema di Rilevazione della Qualità Percepita che voglia non solo rappresentare una misurazione fine a se stessa attuata per adempiere alla normativa, deve essere concepito anche come uno strumento di apprendimento organizzativo, in grado di stimolare l'innovazione e il cambiamento.

A tal fine i dati derivanti dalla rilevazione della soddisfazione del paziente/utente devono prima di tutto essere restituiti periodicamente alle Strutture, in modo da poter essere oggetto di riflessione da parte degli operatori, i quali li potranno integrare con la loro percezione ed utilizzare costruttivamente per progettare azioni migliorative o di cambiamento, così come per dare un *feedback* sullo stesso strumento di rilevazione.

La restituzione dei dati e la conseguente analisi in seno alla Strutture permettono agli operatori di scambiarsi informazioni, pratiche e suggerimenti, innestando processi di *sense-making* in grado di orientare l'azione operativa del singolo operatore e di contribuire alla creazione di una cultura organizzativa orientata all'apprendimento.

È importante che di fronte ai risultati della rilevazione gli operatori siano stimolati ad essere proattivi e a porsi domande del tipo:

- Come mai abbiamo questi risultati?
- Corrispondono alla percezione che abbiamo del nostro servizio?
- Posso usare questi risultati per migliorare il servizio? Se sì, come?
- E noi come viviamo le note riportate? Come vere? O no?
- Possono aiutarci a capire o migliorare il nostro lavoro e il nostro essere persona-operatore all'interno dell'organizzazione?

Infine, per chiudere la catena del miglioramento (Figura 3), è indispensabile che le risposte a tali domande siano tradotte in possibili azioni e che tali azioni siano proposte ai livelli dirigenziali, affinché l'organizzazione diventi sempre più una realtà sentita da tutti ed in cui tutti possano riconoscersi ed agire. Il Sistema di Rilevazione della Qualità Percepita dell'AslBi ha fatto propria quest'ottica di continuo *feedback* e si è strutturato non solo come strumento di misurazione, ma anche e soprattutto come mezzo per stimolare sia il confronto all'interno delle Strutture che il *feedback* di queste ultime verso i livelli della Direzione Strategica.

BIBLIOGRAFIA

01. Penna A, Fonte GG. Valutazione della Qualità Percepita dei Servizi Ospedalieri 2003-2004. AslBi: Biella
02. Abstracts, International Forum on Safety and Quality, April 2008, Paris
03. AslBi, Bilancio Sociale e di Missone 2006-2008, Biella: 2009
04. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T, Patients' experiences and satisfaction with health aspects of care care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:335-9
05. Giovoni C, Mallarini E, Rappini V. Lo sviluppo della funzione di marketing. In: Rapporto OASI 2003. CERGAS EGEEA, Milano: 2003
06. Stevens DP. Quality Lines, *Qual Saf Health Care* 2007; 16(1):1
07. Dickinson E. Using marketing principles for healthcare development. *Qual Health Care* 1995;4:40-4
08. Spencer E, Walshe K. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. *Qual Saf Health Care* 2009;18:22-7
09. Intervista a Patrick Staes e Nick Thijs – EIPA, 2008. Disponibile su <http://www.qualitapa.gov.it/nc/services/news/article/intervista-a-patrick-staes-e-nick-thijs-eipa/>
10. Anessi Pessina E, Cantù E. Rapporto OASI 2003. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Milano: CERGAS EGEEA; 2003
11. Focus – Customer Satisfaction, Siamo cittadini o clienti? Riflessioni intorno al tema della qualità dei servizi. Febbraio

2009. Disponibile su: <http://www.qualitapa.gov.it/customer-satisfaction/strumenti/focus/focus-customer-satisfaction/article/siamo-cittadini-o-clienti-riflessioni-intorno-al-tema-della-qualita-dei-servizi/>
12. Davies HTO. US health care providers improvement: internal responses to external data by Public release of performance data and quality. 2001, Qual Health Care 2001;10:104-10
 13. Benn J, Koutantji M, Wallace L, et al. Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. Qual Saf Health Care 2009;18(1):11-21
 14. Lovelock C, Wirtz, J. Services Marketing: People, Technology, Strategy. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2004, New Jersey
 15. Elefanti M, Brusoni M, Mallarini E. La qualità nella Sanità. Total Quality Mangement, Accreditemento, Certificazione. Milano: CERGAS EGEA; 2003
 16. Reeves R, Seccombe I. Do patient surveys work? The influence of a quality-improvement initiatives national survey programme on local". Qual. Saf. Health Care 2009;17:437-41
 17. ISTUD, Il Marketing in sanità, 2008
 18. Wadhwa SS FRACP. Customer Satisfaction and Health Care Delivery Systems: Commentary with Australian Bias. The Internet Journal of Nuclear Medicine 2002;1(1)
 19. Kline TJB, Wellness C, Ghali WA. Predicting patient complaints in hospital settings. Qual Saf Health Care 2008;17:346-50
 20. Smith T. Organisational behaviour, Relationship between quality and safety. Qual. Saf. Health Care. 2002;11:98-100

AslBi, health local unit of Biella, sperimental customer satisfaction management system

Razionale. The Health Local Unit of Biella is located in Piedmont Region and it delivers health care assistance to about 180,000 citizens living in the same Province. The HLU AslBi provides health care services through the Health Districts of Cossato and Biella and in Hospital setting.

Objectives and methodology. In a historical moment for both national and European health care laws underlining the growing importance of the patient's opinion in the different National Health Services and of hospital performance evaluation according to the Customer Satisfaction, in 2009 AslBi has been established a Hospital Sperimental Customer Satisfaction Management System.

Results and conclusion. Whereas customer satisfaction has always been used as tool for external performance communication, the Hospital Sperimental Customer Satisfaction Management System has been innovatively conceived as tool suitable for an internal communication in a "bottom-up" management approach emphasizing an organisational culture among health care professionals.

Keywords. Customer satisfaction, customer satisfaction management system, bottom up management approach, organisational culture.