

Risultati di un'indagine Qualità del servizio e soddisfazione dei pazienti

La best practice applicata all'ospedale San Martino ha permesso di rilevare la qualità percepita nelle strutture sanitarie

Giovanni Monaco

senior business manager, CFI Group Italia

Lorenzo Bernorio

direttore di ricerca, Makno & Consulting

Rita Rosso

direttore Uoc Ufficio Qualità, Accreditamento e Urp, Aou San Martino, Genova

Francesca Savaglia

Uoc Ufficio Qualità, Accreditamento e Urp, Aou San Martino, Genova

L'Aou San Martino di Genova, che ha ottenuto l'Accreditamento dalla Regione Liguria nel 2007 e nel 2009 la Certificazione secondo Uni En Iso 9001:2008, ha iniziato nel 2001 il monitoraggio della soddisfazione degli utenti-pazienti tramite uno studio eseguito a tappeto per la prima volta in Italia, coinvolgendo tutti i reparti laddove questi studi condotti in genere a campione solo su alcune Uo. Trattandosi di una delle aziende ospedaliere universitarie più grandi d'Europa, l'indagine così strutturata ha permesso d'eseguire l'indagi-

ne su circa 120 Uo, con uno sforzo organizzativo e comunicativo non indifferente. Dal 2009 l'Aou ha deciso di dedicare maggiori risorse per valorizzare meglio il patrimonio informativo raccolto, coinvolgendo specialisti che hanno permesso d'ottenere informazioni molto più utili e facilmente fruibili, attraverso l'applicazione di metodologie statistiche e analisi più approfondite. Inoltre, facilitando la comprensione e la comunicazione, hanno favorito il coinvolgimento e l'implementazione d'attività di miglioramento a tutti i livelli dell'azienda. Questo articolo mostra il processo di trasformazione e illu-



stra le metodologie usate, alcuni esempi di risultati ottenuti e le possibilità d'applicazione pratica nel contesto di un'azienda complessa, articolata e integrata con l'Università.

Analisi del contesto

In gran parte delle strutture sanitarie è pratica comune la somministrazione di questionari per la rilevazione della soddisfazione degli utenti. Purtroppo in passato spesso la causa prima di tale attività era la necessità di ottemperare a un obbligo normativo per l'accreditamento della struttura. Il che spesso ha avuto conseguenze negative sull'efficacia di questa attività, gestita con competenze e risorse minimali, trascurando l'enorme potenzialità organizzativa delle informazioni raccolte. A volte si ha un approccio da controller, cercando soprattutto l'evidenza delle "non conformità" tramite il conteggio dei pazienti insoddisfatti. L'obiettivo effettivo di queste indagini dovrebbe essere, invece, la comprensione delle reali esigenze dei pazienti per avviare azioni di miglioramento del servizio erogato sulle aree a maggior impatto sulla soddisfazione. Collocazione appropriata potrebbe essere in un'unità orientata alla definizione di piani strategici, interna alla direzione generale. Infatti, conoscere la soddisfazione generata dalla prestazione fruita anche nei suoi aspetti di dettaglio e di contorno è un momento fondamentale della relazione con il paziente e del processo di miglioramento continuo. Quando una struttura prende coscienza di quanto il fruitore del servizio apprezzi le diverse componenti dello stesso e riesce a determinare l'importanza di ognuna di esse, può iniziare un processo virtuoso di miglioramento dei punti deboli della



Planimetria generale dell'Aou San Martino

relazione, arrivando nel tempo a risultati considerevoli e ben percepibili dall'utenza. È però fondamentale individuare le priorità, intese come le aree in cui si concentrano le attese del cliente ed è qui che si deve operare per ottenere i migliori effetti delle azioni. Permettete una provocazione semantica: chi fruisce dei servizi sanitari è definito paziente, utente o cliente? E quale significato diamo a questi sostantivi? In genere i medici preferiscono chiamarli pazienti, nel senso etimologico di "colui che patisce", e il cui bisogno primario è quindi la guarigione. Altri li chiamano utenti, enfatizzando il fatto che "fruiscono di un servizio" (intendendo forse anche: senza possibilità di scelta alternativa) e in questo senso si pensa all'efficienza con cui tale servizio è erogato; da cui gli attuali indicatori orientati al controllo dei tempi d'attesa. Potremmo iniziare a conside-

rarli anche come clienti, ossia "soggetti capaci di scegliere e decidere se e da chi ricevere un servizio": in questo caso l'attenzione si sposta sul processo di scelta, ossia sui criteri usati per selezionare, quindi sulla reputazione, sull'esperienza pregressa (soddisfazione e fedeltà), sul consiglio di esperti o conoscenti (estensione della precedente al mondo che si conosce). È certo che il paziente si aspetta dalle strutture sanitarie anzitutto la "cura-guarigione" dalla più o meno conclamata patologia che lo affligge, ma il modo e il contesto in cui questa esigenza è soddisfatta influiscono molto sulla valutazione finale complessiva del cliente. Tant'è che ogni tanto si legge sulla stampa d'indagini condotte sui cittadini italiani che si dichiarano a vario titolo ben poco soddisfatti del servizio sanitario e delle strutture ospedaliere (Rapporto Italia 2010, Eurispes; La customer satisfaction nei servizi in Italia, Cfmt). In queste il paziente-utente esercita il suo potere di cliente, decretando la bassa qualità del servizio e sconsigliandolo ad altri, per quanto in gran parte dei casi la patologia sia stata risolta. La direttiva del ministro della Funzione Pubblica sulla rilevazione della qualità percepita dai cittadini, in realtà, inquadra questa politica come una strategia tesa ad ascoltare e com-

Ricostruzione delle 5 popolazioni statistiche di riferimento

Macro-tipologia di servizio	2007		2008	
	Accessi	Questionari	Accessi	Questionari
Ricoveri ordinari	43.888	1.262	43.290	1.575
Day hospital/Day surgery	28.127	69	28.427	1.268
Visite specialistiche ambulatoriali	857.561	619	711.613	2.106
Laboratori analisi	1.017.295	138	1.181.003	182
Tecniche radiologiche diagn.amb.	111.213	137	106.200	189

prendere a fondo i bisogni espressi dal cittadino-cliente, a porre attenzione costante al suo giudizio, a sviluppare e migliorare la capacità di dialogo e relazione tra chi eroga il servizio e chi lo riceve. Rilevare la customer satisfaction permette quindi alle amministrazioni di uscire dalla propria autoreferenzialità, aiutandole a relazionarsi con i cittadini, che - siano essi pazienti, utenti o clienti - rappresentano comunque il "fruitore" dei servizi.

Organizzazione complessa e offerta articolata

Uno dei punti chiave della validità e dell'efficacia della customer satisfaction è il grado di rappresentatività dei dati raccolti, cioè della loro capacità di fornire una fotografia il più possibile fedele della situazione cui si riferiscono. Ciò non per una sterile correttezza scientifica, bensì perché questo consente di mettere a disposizione di management e stakeholders dati realmente rappresentativi. Sul piano strettamente metodologico la questione afferisce alle due dimensioni su cui da sempre si misura la qualità della ricerca:

- affidabilità (reliability), ossia la corrispondenza del dato rispetto al fenomeno/soggetto cui fa riferimento;
- validità (validity), cioè il grado d'accuratezza della misurazione e la capacità di misurare con strumenti sensibili ed efficaci l'oggetto dell'indagine.

Occorre quindi focalizzare in via preliminare l'attenzione sulla rispondenza dell'intero processo di ricerca rispetto alle due dimensioni sopra descritte. Si individuano così almeno 4 aspetti da valutare:

- rappresentatività del campione rilevato rispetto alla popolazione statistica di riferimento,
- procedure di rilevazione (tempistiche e modalità di somministrazione e raccolta dei questionari),
- dimensioni d'indagine,
- strutturazione del questionario (item, scale layout).

Nell'esperienza dell'Aou San Martino è stata realizzata, come detto all'inizio, non solo

Questionari raccolti presso i pazienti ricoverati nel Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento di Chirurgia	Ricoveri ordinari		Questionari raccolti	
	Numero	% su totale ricoveri	Numero	% su totale questionari
H1H Uos Day surgery Iachino Carlo	-	-	-	-
H42 Uo Chirurgia gen. e a orient. epatobiliopancreat.	652	1,5	30	1,9
H54 Uo Chirurgia gen. con orient. spec. malatt. colon.rett.	347	0,8	22	1,4
U1E Uos sem. Chir. e Chir. senologica	146	0,3	19	1,2
U1H Uos Chirurgia dei linfatici	151	0,3	30	1,9
U46 Uo Patologia chir. a indirizzo gastroenterologico	437	1	27	1,7
U48 Uo Clinica di Chirurgia generale, funzionale e metabolica	674	1,6	12	0,8
U49 Uo Clinica di Chirurgia gen. ed endocrina	819	1,9	28	1,8
UA1 Uo Anestesia e Terapia intensiva post operatoria	-	-	-	-
Totale Dipartimento	3.226	7,5	168	10,5

l'analisi dei dati ma anche una consulenza metodologica per gestire al meglio i dati già raccolti e per fornire nuovi criteri d'impostazione delle rilevazioni future. Il lavoro ha quindi previsto una prima fase di ricognizione sull'esistente, cui sono seguite la definizione e l'implementazione di procedure mediante le quali usare al meglio i dati esistenti; infine si è proceduto a formulare proposte di miglioramento dei metodi usati.

Rappresentazione della struttura e delle prestazioni

I temi qui introdotti vanno collocati nel contesto ospedaliero, caratterizzato da un'esperienza di servizio molto eterogenea in funzione sia delle diverse prestazioni offerte sia dei bisogni dei pazienti. Una degenza in reparto di Pediatria è profondamente diversa da quella in un reparto di Medicina generale: cambiano la struttura dei bisogni dei pazienti e le loro priorità, cambiano anche le tipologie di cure mediche che rendono molto differenziata l'esperienza del servizio fruito. A questo si aggiunge la forte diversificazione nelle prestazioni: day

hospital, degenza ordinaria o visita diagnostica sono esperienze profondamente diverse nelle attese e nella percezione del paziente. La prima questione da affrontare è stata: come raccogliere il livello di soddisfazione di servizi così diversi? Come, al tempo stesso, evitare di polverizzare eccessivamente la rilevazione con il rischio di fornire un dato con troppo di dettaglio e con bassa capacità di sintesi? Nell'esperienza del San Martino il primo passo del lavoro è stato individuare le aree di servizio omogenee sia in termini di unità d'offerta sia in termini d'esperienza di servizio fruita dal cliente. In prima battuta, si sono individuati 2 livelli di complessità distinti: l'articolazione strutturale dell'ospedale da un lato, la molteplicità delle prestazioni fornite dall'altro:

- nel caso dell'Aou San Martino, la complessità della struttura è particolarmente accentuata dalle dimensioni importanti e dall'essere un'azienda integrata alla Facoltà di Medicina e Chirurgia (i dipartimenti sono infatti 12, a loro volta articolati in circa 120 Uo);
- l'articolazione delle prestazioni erogate dai singoli dipartimenti è molto diversificata, per cui si è proceduto ad aggregazioni che garan-

tissero un buon grado d'uniformità nell'esperienza di servizio fruito.

Tale forte articolazione strutturale e funzionale, come detto, ha comportato la necessità di definire aggregazioni su cui impostare la ricerca, individuando macrotipologie di servizio tra loro abbastanza omogenee. Per fare ciò si è usato il criterio della tipologia di prestazione: prima si è fatta una dicotomia tra prestazioni ambulatoriali e ricoveri, poi si è ulteriormente approfondita la segmentazione distinguendo: nell'ambito dei ricoveri, tra ricoveri ordinari e giornalieri (day hospital/day surgery); nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali, tra visite specialistiche e diagnostica strumentale (trattando separatamente radiologia e laboratori analisi). Questa scelta d'impostazione ha permesso d'impostare 5 modelli d'analisi distinti, uno per macro area di servizio (evidenziati nello schema di pag. 68 in colore diverso):



Immagine delle sale di Angiografia e di Cardiocirurgia

- per ogni macrotipologia si è individuata e quantificata la popolazione statistica di riferimento, evitando possibili distorsioni nel campione (per esempio, i laboratori da soli hanno oltre un milione di accessi, mentre i ricoveri ordinari sono circa 43mila);

- per ogni macrotipologia si è impostato un modello d'analisi causale basato sul PIs. Ciò ha permesso d'individuare priorità e strategie di miglioramento della qualità percepita per ognuna delle 4 macrotipologie di servizio. Questa scelta d'impostazione ha potenziato molto l'affidabilità dell'indagine e ha dato maggior efficacia interpretativa all'analisi, portando 3 vantaggi:

- analizzare contesti di servizio più omogenei permette all'analisi un maggiore livello di dettaglio, perché si possono individuare in modo più preciso e articolato le dimensioni d'indagine. Più precisi e dettagliati possono essere gli item del questionario, quindi i fattori di qualità usati nei modelli causali che da essi derivano possono essere più robusti ed efficaci. L'analisi acquista maggior affidabilità, maggior precisione nella descrizione dei fenomeni;

- indagare tipologie di servizio omogenee rende la comparazione tra Dipartimenti/Uo più precisa e attendibile, perché Dipartimenti e Uo sono messi a confronto su dinamiche di servizio simili e quindi confrontabili. Si confrontano ricoveri ordinari con ricoveri ordinari, visite specialistiche con visite specialistiche ecc., mentre prima si mettevano a confronto i dipartimenti "a totale prestazioni";

- dai punti precedenti discende che lavorare su aree di servizio omogenee aumenta la possibilità d'individuare strategie di miglioramento della qualità percepita più precise e maggiormente traducibili in azioni di miglioramento concrete.

Rappresentatività del campione

Il secondo passo dell'impostazione della ricerca è stato garantire la rappresentatività statistica all'indagine. All'inizio si è proceduto a ricostruire gli universi di riferimento. Come celle



di campionamento si sono usate le Uo e come criterio di quantificazione della popolazione statistica di riferimento il numero d'accessi alle prestazioni delle singole Uo.

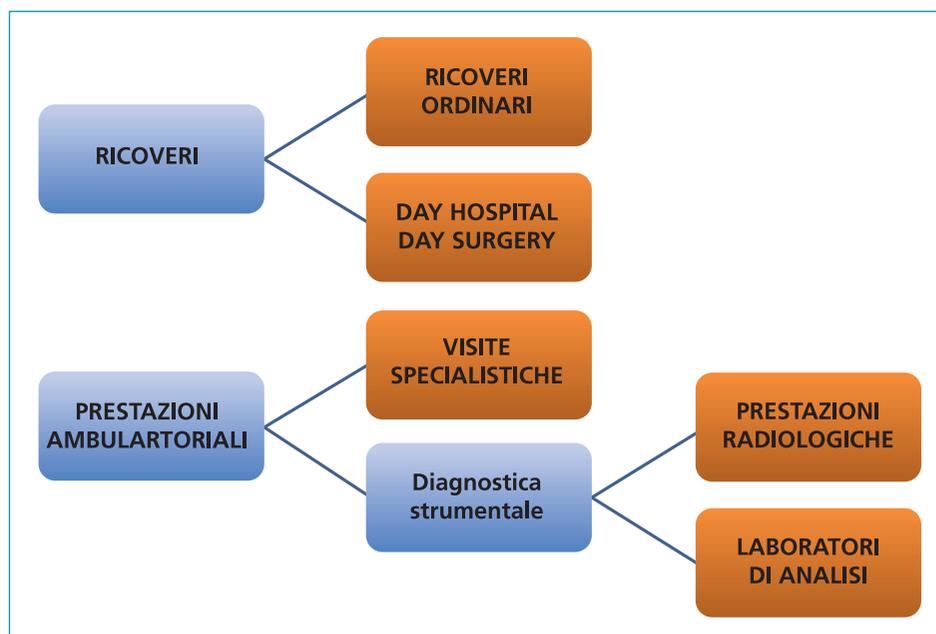
In virtù della scelta di lavorare sulle 5 macrotipologie di servizio, si è proceduto a ricostruire 5 popolazioni statistiche di riferimento distinte, una per ogni macrotipologia (si veda la tabella di pag. 63).

Il secondo step è stato l'analisi della procedura di rilevazione usata. La procedura usata al San Martino nei 2 anni in analisi era così strutturata.

- Nel mese di aprile venivano consegnati a ogni Uo di 30 questionari per ogni tipo di servizio erogato: ricoveri ordinari, day hospital o day surgery, ambulatori (che comprendevano visite specialistiche e diagnostica).

- I questionari venivano consegnati ai primi 30 pazienti che avevano accesso ai servizi dell'Uo.
- I questionari venivano compilati direttamente dai pazienti (auto somministrazione).
- I questionari venivano poi riconsegnati compilati alla caposala che si occupava di riconsegnarli all'ufficio qualità che provvedeva al controllo e all'imputazione.

Se da un lato la decisione di usare un numero costante di questionari è accettabile perché assicura un numero minimo d'interviste per ogni Uo, dall'altro lato determina problemi di rappresentatività quando si consolidano i risultati a totale (totale Dipartimento o totale Ospedale). Questo modo di operare "pesa" infatti allo stesso modo Uo con frequenze d'accesso molto diverse tra loro. Per esempio, nella tabella di pag. 64 si vede che l'Uo H42 ha raccolto 30 questionari su 652 pazienti, mentre l'Uo U1H ne ha raccolti 30 su 151. Da questa sproporzione consegue che le due Uo pesano sul campione ricoveri ordinari" allo stesso modo, mentre sul totale degli accessi la prima pesa 5 volte la seconda. Per avere un dato il più possibile rappresentativo dell'universo degli utenti, si è proceduto a ponderare il campione sulla base della di-



Il percorso d'individuazione delle macrotipologie di servizio

stribuzione degli utenti nelle diverse Uo utilizzando il numero di accessi come parametro di ponderazione. Ai questionari delle diverse Uo è stato quindi attribuito un "peso", cioè un moltiplicatore necessario per rendere il campione proporzionale all'universo di ri-

ferimento. Il peso è stato calcolato considerando separatamente le 5 macrotipologie di servizio sopra indicate: ricoveri ordinari, day hospital/day surgery, visite specialistiche, prestazioni radiologiche e laboratori analisi. Per rendere più rappresentativo il campione si è

Applicazione del coefficiente di ponderazione

Dipartimento di Chirurgia	Accessi		n. questionari raccolti campione rilevato		"Peso" per la ponderazione	n. questionari raccolti campione ideale	
	n.	% sul totale	n.	% sul totale	coefficiente	n.	% sul totale
H42 Uo Chirurgia generale a orient. epatobiliopancreat.	652	1,5	30	1,9	0,801	24	1,5
H54 Uo Chir. gen. con orientam. spec. Malattie colon-retto	347	0,8	22	1,4	0,581	13	0,8
U1E Uos Sem.Chirurgia e Chir. Senologica	146	0,3	19	1,2	0,283	5	0,3
U1H Uos Chirurgia dei linfatici	151	0,3	30	1,9	0,185	6	0,3
U46 Uo Patologia Chirurgia a indirizzo gastroenterologico	437	1	27	1,7	0,596	16	1
U48 Uo Clinica di Chirurgia generale, funzionale e metabolica	674	1,6	12	0,8	2,069	25	1,6
U49 Uo Clinica di Chirurgia gen. ed endocrina	819	1,9	28	1,8	1,078	0	1,9
Totale	3.226	7,5	168	10,5	0,708	119	7,5

prevista l'applicazione del peso a ogni Uo, per mantenere la corretta proporzione non solo tra dipartimenti ma anche tra Uo nello stesso dipartimento. Ciò permette, quindi, di elaborare stime più precise sia per dipartimento sia per l'intero ospedale. L'impianto di ponderazione così costruito ha superato le verifiche necessarie a comprovarne l'affidabilità statistica. La tabella di pag. 68 esemplifica come si sia applicato il coefficiente di ponderazione. L'esempio si riferisce ai ricoveri ordinari di un singolo dipartimento, ma a stessa procedura è stata eseguita su tutti i dipartimenti e su tutte le macro aree di servizio. L'esperienza ha messo in evidenza come sia importante lavorare su un campione ponderato, perché ciò consente di neutralizzare il forte rischio di distorsione del campione derivante da una modalità di somministrazione rigida come quella usata dal San Martino.

Approccio al dato e restituzione dei risultati

Abbiamo visto che nelle Ao i processi sono complessi e articolati, le Uo sono molte, alcuni aspetti del servizio molto simili e altri peculiari. In questi casi sono fondamentali metodi che permettano un'aggregazione insieme corretta ed efficiente della mole di dati rilevati. Per avere analisi efficaci si devono calcolare indicatori sintetici, che siano però molto affidabili e validi e tramite i quali rappresentare in modo semplice le realtà complesse, tenendo conto anche delle connessioni esistenti tra i diversi fattori. Il metodo descritto, seguito per la costruzione degli indicatori sintetici, è fondamentale ai fini dell'affidabilità del dato. Si ottengono così i "modelli causali", definiti tramite una serie d'analisi statistiche multivariate, messe a punto in collaborazione tra ricercatori dell'Università del Michigan e di CFI Group. Tramite l'applicazione di tale metodo, con cui si è condotta l'analisi per l'Aou San Martino, si possono evidenziare con precisione le priorità operative in base alle esigenze dei pazienti, che non sono chieste direttamente ma calcolate tramite la regressione



Una schermata del portale dell'Aou San Martino

Pls (Partial least square). Questo algoritmo, applicato nel contesto del presente metodo, può restituire misure con un livello di precisione dell'ordine degli 0,5 punti in una scala da 0 a 100. Le analisi dei risultati prende le mosse dalla "matrice di priorità" che, se calcolata in modo affidabile, può orientare le scelte dei manager in modo molto efficace. Il secondo passo è l'analisi di dettaglio dell'area critica, tramite la quale si mette a fuoco l'elemento operativo su cui attivare le azioni di miglioramento. Infine, occorre comunicare i risultati e condividerli con le persone che operano nella struttura per motivarle ad attuare le attività di miglioramento necessarie, siano esse procedure, gruppi di lavoro, corsi di formazione o altro.

Conclusioni

L'Aou negli anni ha usato e sviluppato questo strumento in modo da imparare a conoscere e comprendere sempre meglio i bisogni dei destinatari ultimi delle proprie attività e quindi a riprogettare o rimodulare le

politiche pubbliche e il sistema d'erogazione dei servizi. A livello di singole Uo, tra i risultati più importanti occorre ricordare come questo strumento abbia sempre messo a disposizione dei Direttori di Uo e dei Raq (Responsabili azioni di qualità) dati importanti per attivare iniziative e percorsi di miglioramento; la sistematicità della rilevazione ha inoltre consentito loro di verificare anno dopo anno l'efficacia delle azioni correttive implementate.

Ciò ha determinato una forte sensibilizzazione da parte degli operatori sul tema della misurazione della qualità percepita dai pazienti, arrivando a ottenere una percentuale di aderenza attorno al 70% con un conseguente aumento della diffusione della cultura dei sistemi qualità. Oggi la valutazione della qualità percepita per macroattività è entrata e far parte degli indicatori del settore "Qualità e sicurezza" della Balanced score card per la valutazione della performance delle Uo.