

IL SISTEMA SPERIMENTALE  
DI RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ  
PERCEPITA E LA GESTIONE AZIENDALE  
DEI RECLAMI COME STRUMENTI INTEGRATI  
NELLA PREVENZIONE DELLA MALPRACTICE

Dania BRIOSCHI<sup>1</sup>, Margherita BORELLO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professionista sanitario, Soc. Formazione e Comunicazione AslBI, Italia;

<sup>2</sup>Posizione Organizzativa Comunicazione Istituzionale, Soc. Formazione e Comunicazione AslBI, Italia

### Summary

#### **The experimental Customer Satisfaction and the conflict integrated Management Systems as tools apt to the Malpractice Prevention**

The Local Health Authority of Biella (Piedmont Region) provides health-care services to 180.000 citizens through 2 Districts and 1 Hospital (400 beds). In 2009 a new experimental Customer Satisfaction management system has been integrated with a complaint management system, in order to develop a network of data collecting, processing and reflection to Malpractice Prevention. Questionnaires and Focus Groups were used to assess Customer Satisfaction. A network based on the Public Relation Office was established to receive complaints. A group of "listening and mediation of conflicts" has been introduced, to solve the cases with a strong relational involvement and to deeply analyze variables leading to the complaint in the customers' perception.

Customer Satisfaction has always been used for external performance communication. The hospital experimental Customer Satisfaction management system has been innovatively conceived for internal "bottom-up" communication, emphasizing professionals' organizational culture.

The network of selected and qualified points for complaints reception equally widespread between hospital and territory allows: 1) to receive the customers in the moment they express their disappointment and to solve it out; 2) a continuous information exchange among the professionals involved in critical situation. It facilitates targeted communication actions and improvement interventions for Malpractice Prevention.

### Rezumat

#### **Sistemele experimentale de evaluare a satisfacției clientului și de gestiune a reclamațiilor ca instrumente integrate pentru prevenirea malpraxisului**

Autoritatea Locală de Sănătate din Biella (Regiunea Piemonte) furnizează asistență medicală pentru 180.000 cetățeni, prin 2 districte și 1 spital (400 paturi). În 2009, un nou sistem experimental de management al satisfacției clienților a fost integrat cu un sistem de management al plângerilor, în scopul dezvoltării unei rețele de colectare a datelor, prelucrare și reflecție pentru prevenirea malpraxisului. Pentru evaluarea satisfacției clientului s-au utilizat chestionare și grupuri-țintă. Pentru primirea plângerilor s-a înființat o rețea bazată pe Biroul de Relații cu Publicul. Un grup de "ascultare și mediere a conflictelor" a fost introdus pentru rezolvarea cazurilor, cu o puternică componentă relațională și analiza aprofundată a variabilelor care au determinat plângerea conform percepției clienților. Satisfacția clientului a fost dintotdeauna utilizată pentru determinarea externă a performanței. Sistemul experimental de management al satisfacției clientului în spital a fost conceput ca instrument inovativ de comunicare internă "de jos în sus", ce dezvoltă cultura organizatorică a profesioniștilor. Rețeaua de puncte selectate și calificate pentru primirea plângerilor distribuite echitabil între spital și teritoriu permite: 1) primirea clienților atunci când își exprimă dezamăgirea și rezolvarea plângerii; 2) schimbul continuu de informații între profesioniștii implicați în situații critice. Aceasta facilitează procesul specific de comunicare și intervențiile de îmbunătățire pentru prevenirea malpraxisului.

### Introduzione

Sempre più spesso si sente parlare di casi di malasanità dovuti a errori medici, distrazione, poca esperienza del corpo medico, inadeguatezza degli impianti e molto altro. Recenti stime attestano in media circa 90 morti al giorno per casi di malasanità; decisamente troppi per un paese come l'Italia. In questa direzione, nel corso degli ultimi trent'anni, si è assistito ad una grande evoluzione del nostro 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 associandola ad una razionalizzazione dei costi, 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. In questo contesto, la rilevazione della Qualità Percepita,

così come la gestione qualificata e tempestiva dei reclami, se opportunamente impiegati, possono, ancora di più integrandosi, costituire uno strumento efficace di prevenzione della Malpractice. A parziale consolazione c'è il fatto che il nostro Paese non è l'unico Stato ad essere colpito da questa piaga sociale. Infatti, sono molti i casi di Medical Malpractice (definizione inglese di malasantità) che affliggono gli Stati Uniti e gli altri Paesi europei. La Medical Malpractice sembra dunque essere un fenomeno sempre più globale e i pazienti non vengono tutelati come dovrebbe essere.

In Italia, le attività di rilevazione ed analisi della Qualità Percepita dei pazienti e di gestione delle loro segnalazioni di disservizio, nell'ambito della Pubblica Amministrazione, e quindi anche all'interno dell'aziende sanitarie pubbliche e private che erogano servizi di pubblica utilità, vengono coordinate dagli Uffici Relazioni Esterne e con il Pubblico (URP), istituiti con dal Decreto Leg.vo 29 del 3 febbraio del 1993, con funzioni di ricerca e analisi finalizzate alla formulazione di proposte sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza e di promozione ed attuazione di iniziative di comunicazione pubblica per la conoscenza di normative, servizi e strutture.

Il ruolo fondamentale dell'URP nella prevenzione della Malpractice si gioca quindi, oltre nell'integrazione tra la Customer Satisfaction ed i reclami, in un utilizzo proattivo dei dati raccolti. Il terreno fertile di tale integrazione diventa l'ambito di comunicazione della prevenzione e di lavoro di miglioramento del rapporto medico - paziente, attraverso la partecipazione sempre più attiva del cittadino, in forma singola o associata, all'attività di programmazione e valutazione dei servizi sanitari.

### **Materiale e metodi**

Lo strumento utilizzato presso il nostro presidio ospedaliero per la rilevazione della Qualità Percepita della degenza è il questionario. Il questionario indaga soprattutto le dimensioni degli aspetti organizzativi ed interpersonali ricostruendo il percorso del paziente all'interno della struttura dall'accesso alla dimissione. 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
- la valutazione del rapporto con le O.S.S

Il questionario comprende anche alcune informazioni di carattere socio-demografico (età, sesso, istruzione del rispondente) ed una domanda sulle informazioni ricevute durante la degenza in merito al rischio infettivo correlato all'assistenza e permanenza in ospedale.

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 (Molto, Abbastanza, Poco, Per Nulla), 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.

I questionari compilati vengono raccolti e portati all'URP. Ogni questionario viene inserito con lettore ottico ed elaborato con il software SPSS, al fine di creare un database delle degenze organizzato per anno. L'utilizzo di SPSS permette la strutturazione di un database e l'elaborazione semplice/incrociata dei dati per ogni item di valutazione. 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 dimensione presente sul questionario viene elaborata a livello di trend ospedaliero, poi, per le voci del questionario ritenute più significative, viene elaborato a livello di Dipartimento, struttura organizzativa complessa o 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.

Considerando che i questionari sulla Qualità Percepita dell'assistenza, e i dati legati al rapporto con il paziente, forniscono un importante contributo alla performance aziendale, implementano e sostengono una cultura gestionale "centrata sul paziente", facilitano la cultura del confronto 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 relazioni di restituzione dei dati almeno semestrali.

Non appena terminata l'elaborazione dei dati aziendali, le relazioni contenenti i risultati di ogni struttura ospedaliera e sanitaria vengono trimestralmente diffusi ai Medici Direttori di struttura e ai coordinatori Infermieristici di reparto tramite e-mail. La modalità scelta per la restituzione dei dati per struttura ospedaliera e sanitaria prevede: l'andamento ospedaliero rispetto a tutte le voci presenti nel questionario; l'andamento del proprio reparto rispetto alle voci ritenute più significative; le osservazioni e note libere dei pazienti riportate per quella struttura in calce al questionario. 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.

Tale percorso viene poi integrato con una ulteriore funzione di tutela del paziente: la Gestione dei Reclami. La tutela si realizza a livello pratico attraverso il riconoscimento al cittadino della facoltà di presentare osservazioni, denunce e reclami contro atti e comportamenti che negano o limitano la fruizione delle prestazioni sanitarie. All'URP è dunque affidato il compito di raccogliere il reclamo e di gestire le procedure fissate dal regolamento per la risposta ai cittadini. L'inoltro dei reclami viene accettato in forma diretta (di persona o telefonicamente) o indiretta (tramite posta elettronica o fax). I tempi di risposta arrivano ad un massimo di trenta giorni, salvo i casi di maggiore complessità.

Quando la tipologia di reclamo lo consente, può essere opportuno, prima di avviare la procedura formale, tentare una soluzione contestuale del problema.

Una volta concluso l'iter procedurale, tutti i reclami e le segnalazioni vengono classificate principalmente secondo gli aspetti della qualità del servizio cui si riferiscono, quali: qualità tecnica, qualità relazionale, qualità organizzativa, qualità alberghiera o ambientale, tempi di attesa e informazione.

Il reclamo arriva ad assumere un duplice compito: risolvere, quando è possibile, il problema denunciato dal cittadino, evitando di creare corsie preferenziali per coloro che sporgono reclamo, e la promozione della qualità del servizio per evitare la ripetizione dello stesso disservizio, oltre all'avvio di azioni di miglioramento.

La procedura aziendale in alcuni casi prevede, a seconda della tipologia e della gravità del reclamo, il coinvolgimento di altre strutture, quali: la Direzione Medica Ospedaliera, la Direzione delle Professioni Sanitarie, l'Ufficio Qualità, la struttura Assistenza Legale.

Da circa due anni inoltre le Aziende Sanitarie del Piemonte si sono dotate di un ulteriore strumento per la risoluzione di controversie, caratterizzate da una forte componente umana e relazionale: le équipe di Ascolto e Mediazione dei Conflitti. Si tratta di un ulteriore percorso che è stato attivato parallelamente alla tradizionale procedura di Gestione dei Reclami, mirando a far emergere il punto di vista e il vissuto esperienziale di entrambe le parti coinvolte e cioè paziente e/o familiare e operatore.

Il percorso della "équipe" di solito prevede una prima fase di "ascolto" con colloqui individuali rispettivamente con il paziente e con l'operatore e, se entrambi acconsentono, ad una seconda fase di confronto denominata "mediazione", a cui può seguire un eventuale colloquio post mediazione.

Il team di ascolto e mediazione, composto da tre persone, si limita all'ascolto e mantiene una posizione neutrale, garantendo riservatezza, astensione da giudizi ed interpretazioni e da proposte di soluzioni e consigli.

La mediazione raggiunge il suo scopo non se gestisce il conflitto, ma se "mette in movimento" il conflitto, affinché l'apertura all'altro, che caratterizza il dialogo autentico, possa realizzarsi.

## Risultati e discussione

La metodologia utilizzata si è rivelata ad alta riproducibilità presso altre organizzazioni sanitarie. Nel 2011 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 media, per contro, nell'anno 2009 che si è mantenuta sia nei trend che nel numero di restituzione dei questionari fino al 2011. La forte riorganizzazione Regionale ed aziendale negli anni, legata alla mancanza regolare della restituzione dei risultati per struttura e la perdita di sensibilizzazione nei confronti di questo strumento di cruscotto manageriale, aveva favorito la perdita di fiducia da parte dell'operatore in questo strumento.

Nel 2011 i degenti che hanno compilato il questionario sono stati 4.781, pari al 25% del totale ricoveri ordinari e DH (N=19.080). Si è evidenziato a tal proposito un trend positivo, vedi *figura 1*, che ha visto il passaggio di restituzione delle schede dal 19% del 2009 al 25% nel 2011.

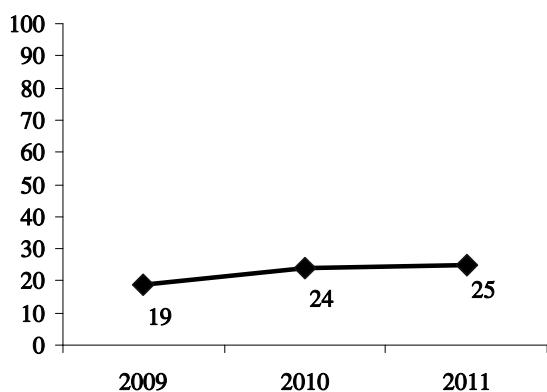


Figura 1. Andamento della percentuale di ritorno dei questionari (calcolata sul numero dei ricoveri)

I rispondenti si distribuiscono equamente nelle varie fasce d'età (figura 2), con un trend un po' più marcato nella fascia degli anziani, sopra i 65 anni, rispetto alla distribuzione d'età della popolazione biellese, 47% contro il 25,7%.

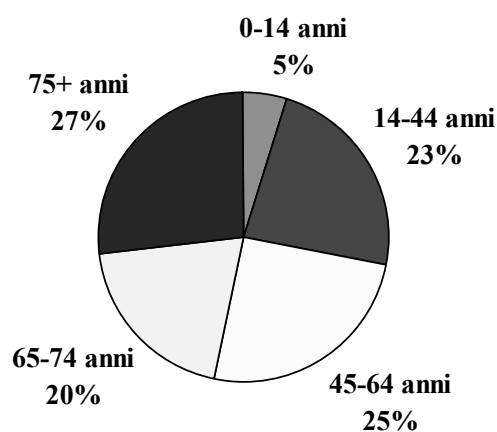


Figura 2. Distribuzione delle risposte al questionario per fascia di età

L'istruzione è un dato fondamentale per la costruzione di un questionario, l'interpretazione dei dati e gli interventi comunicativi. Nel 2011 il 67% dei rispondenti ha dichiarato di possedere un titolo di scuola elementare o licenza media. Tale dato ha evidenziato l'importanza di mantenere una comunicazione semplice in ambito sanitario. Per quanto riguarda invece le valutazioni delle singole dimensioni, l'ospitalità ha mantenuto risultati molto positivi e stabili sul 90% nelle voci "facilità all'orientamento" e "cortesia riscontrata all'ingresso in struttura". Di questa dimensione, la voce "informazioni sull'organizzazione del reparto" è quella che ha ricevuto maggiori punti negativi, nonostante comunque il valore globale di soddisfazione sia di circa l'80%. Anche per la dimensione dell'ospitalità i risultati non hanno evidenziato grandi variazioni dal 2009, nonostante sia proprio in questa parte della rilevazione che si registrano i dati più bassi di gradimento di circa il 70% per la "pulizia dei bagni" e

del 60% per "il vitto". Nella relazione con il personale sanitario sia per i medici che per gli infermieri la voce più apprezzata nel triennio è stata "l'educazione e la gentilezza", 90% in media, anche se gli infermieri hanno riportato un trend simile nella valutazione della voce "professionalità". Spesso per il paziente è più facile valutare la professionalità del professionista sanitario non medico che comunque garantisce con la propria vicinanza la continuità della cura durante il ricovero, che quella di un medico che magari viene visto solo al momento della accettazione, dimissione o giro di reparto dopo l'intervento di sala operatoria.

Come riportato e fortemente raccomandato in letteratura scientifica, la possibilità di raccogliere ed analizzare questo tipo di dati d'indagine per piccola unità operativa o struttura incoraggiando ogni reparto ad analizzare i propri risultati, incrementa esponenzialmente la partecipazione pro-attiva dell'operatore e la cultura organizzativa condivisa.

La possibilità di capire come si colloca la propria struttura rispetto all'andamento generale dell'azienda, come mai si hanno determinati risultati superiori/inferiori ad esso per i singoli aspetti, 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 risultati. La sistematizzazione di elaborati 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 diapositive riportanti le finalità del sistema ed affissi dei Poster presso i reparti.

Per quanto riguarda invece la Gestione dei Reclami, in questi ultimi anni di crisi della Pubblica Amministrazione si è registrato un incremento di maggior richiesta di attenzioni da parte dell'utenza. L'aumento dei reclami e delle denunce non sembra comunque, in generale, essere legato ad un peggioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, bensì a motivazioni più profonde, tra cui senz'altro una diversa percezione del concetto di diritto alla salute da parte dei cittadini, che nutrono sempre maggiori aspettative.

Il nostro obiettivo, quando arriva un utente, è quello di offrire ai cittadini e ai professionisti la possibilità di essere accolti ed ascoltati nelle

situazioni di conflitto, così da integrare i consueti percorsi di accertamento dell'evento segnalato con una maggiore attenzione alla persona, che vale, da un lato, a risolvere i vissuti di tradimento e abbandono sperimentati dal cittadino e i suoi sentimenti ostili verso l'organizzazione e, dall'altro, a far sentire all'operatore che l'ente non lo lascia solo a fronteggiare una situazione critica, ma si preoccupa della sua condizione professionale e personale.

Un aspetto non secondario è rappresentato dal fatto che la letteratura in materia sostiene che questo tipo di approccio associato al "team d'ascolto e mediazione" è in grado di ridurre il numero delle procedure giudiziarie e delle richieste di risarcimento, prevenendo eventuali danni in termini di immagine aziendale e di Malpractice.

Per riuscire ad entrare nello specifico e riuscire ad integrare i due sistemi, Customer Satisfaction e reclami, bisogna tener conto che a fronte di una realtà organizzativa complessa come quella di un'azienda sanitaria, si rende necessario cercar di tradurre in strumenti comunicativi semplici e altamente fruibili dagli operatori i dati raccolti.

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 ospedaliera e della Gestione dei Reclami, che voglia rappresentare anche uno strumento di apprendimento organizzativo, è come arrivare a creare un "ponte" che colmi il "vuoto" sull'interpretazione dei dati tra l'approccio manageriale e quello clinico. La necessità riscontrata quindi dalla nostra 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" o di "Gestione dei Reclami"

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.

È proprio tenendo presente anche questa ottica di continuo riscontro paziente-operatore-organizzazione che si è interpretato e costruito il sistema di rilevazione della Qualità Percepita dell'Azienda Sanitaria Locale di Biella e dell'integrazione continua con i dati ottenuti dalla Gestione dei Reclami. In considerazione del fatto che il miglioramento della qualità passa attraverso un riscontro positivo tra l'esperienza dell'operatore e quella del paziente, si è ritenuto fondamentale il coinvolgimento degli operatori nella valutazione dei risultati raggiunti dall'azienda sanitaria.

Gli operatori sanitari non vengono più 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 e di arrivare con una loro partecipazione attiva a prevenire la Malpractice.

Affinché ci possa essere un'ottimizzazione dei risultati organizzativi la restituzione 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 "dal basso-verso l'alto", che i risultati e le informazioni ottenute vanno oltre i con-

fini del singolo team organizzativo legato all'unità, reparto o dipartimento di appartenenza, diventando delle prassi aziendali organizzative migliori. Molto semplicemente sono gli operatori che all'interno del proprio team lavorativo con un approccio organizzativo "dal basso verso l'alto" possono cambiare l'organizzazione in modo permanente e continuativo, mentre il Dirigente assume una posizione di "Vigile spartitraffico".

Le valutazioni ed integrazione dei risultati della gestione della Qualità Percepita e della Gestione dei Reclami 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.

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 riscontro 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 riscontro sullo stesso strumento di rilevazione.

## Conclusioni

La restituzione dei dati e la conseguente analisi in seno alle strutture permettono agli operatori di scambiarsi informazioni, pratiche e suggerimenti, innestando processi di riflessione 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 pro-attivi e a porsi domande.

Per chiudere la catena del miglioramento in un'ottica condivisa di prevenzione della Malpractice, 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.

## Bibliografia

1. Anessi Pessina E., Cantù E. *Rapporto OASI 2003. L'azienda e la qualità della sanità in Italia.*, CERGAS, EGEA, Milano, 2003.
2. AslBi, *Bilancio sociale e di Missone 2006-2008*, Biella: 2009.
3. 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.
4. Brioschi D., Menegon F., Alastra V. *Il sistema sperimentale di rilevazione della qualità percepita della degenza presso il Presidio Ospedaliero dell'AslBi, QA*, 2010, 20(3).
5. Davies H. *Us health care providers improvement: internal responses to external data by Public release of performance data and quality*. Qual. saf. health care, 2001; 10:104-110.
6. Dickinson E. *Using marketing principles for healthcare development*. Qual health care, 1995; 4:40-44.
7. Elefanti M., Brusoni M., Mallarini E. *La qualità nella sanità. Total Quality Management, Accreditemento, certificazione*. CERGAS, EGEA, Milano, 2003.
8. Faccioli F. *La comunicazione pubblica e cultura dei servizi. Modelli, attori, percorsi*, Carrocci, Roma, 2000.
9. *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>.
10. Giovoni C., Mallarini E., Rappini V. *Lo sviluppo della funzione di marketing*. Rapporto OASI 2003. CERGAS, EGEA, Milano.
11. Grandi R. *La comunicazione pubblica. Teorie, casi e profili normativi*. Carrocci, Roma, 2003.
12. 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>
13. IstUD, *Il Marketing in sanità*, 2008.
14. 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; 11:335-339.
15. Kline T.J.B., Wellness C., Ghali W.A. *Predicting patient complaints in hospital settings*. Qual. saf. health care, 2008; 17:346-350.
16. Lovelock C., Wirtz, J. *Services Marketing: People, technology, strategy*. Upper saddle river, Prentice Hall; New Jersey, 2004.
17. Penna A., Fonte GG. *Valutazione della Qualità Percepita dei servizi ospedalieri 2003-2004*. AslBi, Biella.
18. *Presentation abstracts from the International Forum on Quality and Safety*, April 2008, Paris, France. Qual. Saf. Health Care, 2008; 17:4-235 doi:.
19. 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; 17:437-441.
20. Rovinetti A. *Comunicazione pubblica Sapere e Fare*, Il Sole 24 ore; Libri di Guida Agli Enti Locali.
21. Smith T. *Organisational behaviour, relationship between quality and safety*. Qual. saf. health care, 2002; 11:98-119.
22. Spencer E., Walshe K. *National Quality improvement policies and strategies in European healthcare systems*. Qual. saf. health care, 2009; 18:22-27.
23. Stevens D.P. *Quality Lines*. Qual. saf. health care, 2007; 16(1):1.
24. Wadhwa S.S. *Customer Satisfaction and Health Care Delivery Systems: Commentary with Australian Bias*. The Internet Journal of Health. 2002; 3(1) DOI: 10.5580/47a.