

5. Oltre la "customer satisfaction": il problema di cogliere la complessità di un punto di vista

di Guido Giarelli

1. Consumerismo e servizi alla persona

Negli ultimi anni, anche in molte aziende sanitarie italiane (specie ospedaliere) si è andato diffondendo l'utilizzo dei cosiddetti questionari di soddisfazione o di gradimento del paziente/utente, considerato come cliente (*customer satisfaction*), sulla scorta di quanto da tempo già avvenuto nel mondo sanitario angloamericano. Al di là del vizzo tutto italiano, espressione di un provincialismo duro a morire, di importare come novità di grido approcci e strumenti già considerati come superati in patria (come vedremo prendendo successivamente in considerazione la principale letteratura anglofona in materia), vi sono buone ragioni che inducono a riflettere criticamente sul successo della *customer satisfaction* nel nostro paese e sull'effettiva capacità di questo concetto di rappresentare la *voice* del paziente nel sistema sanitario.

È probabilmente vero, come afferma Giampaolo Fabris, che l'introduzione della *customer satisfaction* ha rappresentato nel panorama tradizionale dei servizi pubblici italiani, una vera e propria "rivoluzione culturale" [Fabris 1999: 26]; ci sembra tuttavia che essa costituisca un approccio sostanzialmente riduttivo alle problematiche complesse sollevate dalla necessità di comprendere il punto di vista del cittadino e la sua valutazione sulla qualità dei servizi sanitari. Una prima ragione d'inadeguatezza è di natura metodologica: i cosiddetti "esperti" del settore (consulenti aziendali, organizzativisti, economisti, psicologi, ecc.) dopo aver fiutato l'esistenza di un vero e proprio "mercato della *customer satisfaction*" [Visintini e Macaudo 1999: 62] che andava ben al di là del settore privato, si sono riversati negli ultimi anni con gran fervore di iniziative sul mondo dei servizi sanitari italiani, e della pubblica amministrazione più in generale, per offrire i propri servizi. Con risultati spesso assai deludenti, specie in termini metodologici: «molte aziende adempiono ad una sorta di dovere raccogliendo in qualche modo dei dati sulla valutazione del servizio da parte degli utenti per ottene-

de Cipolla C., Giarelli G., Altieri L.,
Valutare la qualità in sanità

F. Angeli, Mi, 2002

re una pagella, ma senza troppe preoccupazioni per la rappresentatività dei campioni di utenti consultati e della conseguente affidabilità dei dati, rendendo praticamente non significativi eventuali confronti nel tempo, che costituiscono la vera ragion d'essere degli studi di *customer satisfaction*» [ibidem: 66]. Si ammette, da parte degli stessi professionisti del settore, una tendenza a ricercare le soluzioni facili che «viene assecondata da una parte dell'offerta professionale che promuove addirittura piccoli sistemi 'fai da te', con questionari rigorosamente standardizzati da far autocompilare ad utenti che si autoselezionano, elaborati in automatico in modo da produrre on-line grafici accattivanti» [ivi]. Laddove poi le risorse non lo consentono o la mancata percezione della rilevanza del punto di vista del cittadino porta a minimizzarne l'importanza, la *customer satisfaction* si riduce «a una sorta di optional o di gioco per giovani intraprendenti funzionari, che sviluppano in proprio questionari di ogni tipo ma in genere non hanno nessun criterio di campionamento, di rilevazione, di elaborazione, e spesso nemmeno di impostazione» [Lo Schiavo e Lucchi 1996].

Oltre alla mancanza, spesso, di strumenti metodologicamente rigorosi, una seconda e forse più profonda serie di obiezioni concerne la possibilità e l'opportunità del trapianto della *customer satisfaction* nel settore sanitario e, più in generale, l'estensibilità di tale concetto dal settore privato-industriale in cui è nato¹ a quello pubblico dei servizi alla persona. Tale estensibilità si regge su due pilastri fondamentali: la considerazione dei servizi pubblici come un *mercato* analogo a quello privato e l'accezione del cittadino come cliente (*customer*). È evidente che le due cose sono fra di loro strettamente correlate e che, o si reggono a vicenda, oppure cadono entrambe. Non è questo il luogo per affrontare una disamina approfondita di tali questioni: per quanto riguarda in particolare l'inapplicabilità del concetto di *mercato* ai sistemi sanitari europei che, anche dopo le riforme avvenute nel corso dell'ultimo decennio, possono al massimo essere considerati come dei "quasi-mercati" di "concorrenza amministrata"², è evi-

1. Nelle imprese industriali e negli enti di servizi privati la *customer satisfaction* costituisce una parte del "sottosistema qualità percepita" assieme ad altre due linee di azione: il "controllo di qualità prestata", quale verifica degli elementi di prestazione non completamente standardizzabili (reazione ad eccezioni, gestione del disservizio) e dei fattori di qualità che possono essere espressi solo in termini descrittivi (comfort, emozioni, aspetti comportamentali, empatia, senso di fiducia, ecc.); e la "*customer redemption*" e "*customer retention*", quale rilevazione dei clienti insoddisfatti e attuazione di interventi tempestivi ed efficaci finalizzati ad evitare la perdita del cliente [Negro 1992: 169-170].

2. Per il concetto di "quasi-mercati" nel contesto dei processi di riforma del *National Health Service* britannico cfr. Le Grand e Bartlett [1994]; sui concetti di "*internal market*" e "*managed competition*" la letteratura angloamericana è assai vasta e vale la pena limitarci a richiamare qui soltanto il loro ispiratore Alain Enthoven [1993] della Stanford University e due dei suoi critici più autorevoli [Saltman e Von Otter 1989]; la traduzione italiana di "concorrenza amministrata" è stata proposta da Ranci Ortigosa e Belli [1997].

dente l'intraducibilità diretta di approcci propri delle imprese in concorrenza a linguaggi e culture come quelle degli enti pubblici operanti in condizioni ambientali ben diverse. Se è innegabile un certo «avvicinamento della pubblica amministrazione alla cultura di impresa» [Fabris 1999: 18], è altrettanto innegabile il permanere di differenze profonde sia nelle finalità (la cosiddetta *mission*) che nelle modalità con cui queste sono espresse strategicamente (la cosiddetta *vision*). Non tener conto di tali differenze, oltre che scientificamente scorretto, rischia di essere sul piano operativo del tutto controproducente.

Anche per quanto riguarda l'altro pilastro fondativo della *customer satisfaction* nel settore pubblico, ovvero la considerazione del cittadino-utente/paziente come *cliente*, ci limiteremo ad alcune considerazioni di carattere generale, rinviando altrove per ulteriori approfondimenti³. È indubbio che le teorie e i modelli consumeristi, provenienti dal contesto economico-aziendale, abbiano attualmente una forte presa nell'ambito dei servizi sanitari non solo italiani: essi costituiscono l'espressione di un trend ideologico dominante di cui il movimento consumerista, affermatosi a partire dalla fine degli anni '60, costituisce una componente non secondaria. La richiesta di considerare il cittadino inteso come *consumatore* quale ruolo centrale di riferimento anche dei servizi pubblici nasce da una messa in discussione del potere medico e di quello professionale più in generale⁴: tuttavia, a partire dalla ridefinizione del paziente come consumatore, il consumerismo adotta una prospettiva derivata dall'economia privata e dalle ricerche di mercato per rivendicare l'importanza delle opinioni del *cliente* nella valutazione dei servizi sanitari: «soddisfazione del consumatore significa fornire *performances* coerenti con le attese del consumatore ma, soprattutto, **eleggere questo ad arbitro indiscusso della stessa qualità**» [Fabris 1999: 17, grassetto dell'autore]. Al fondo della retorica consumerista di una presunta "sovranità del consumatore" che si esprime attraverso le sue preferenze quale traduzione di una volontà e di una opinione di cui i professionisti ed i servizi sanitari debbono tener conto, ritroviamo quell'idea tutta astratta di *homo economicus* [Light 1995] tipico dell'economia liberale classica: un individuo ridotto alla dimensione della razionalità economica, ben informato e in grado di operare le sue scelte in un mercato come perfettamente trasparente. Se i servizi sanitari sono considerati alla stregua di una merce come tante, allora il meccanismo di

3. Sulle differenze di paradigma che l'uso dei concetti di cittadino/cliente/utente implica, si veda il saggio di Altieri, sempre in questo volume.

4. Sul potere professionale e medico in particolare, cfr. i due classici lavori di Eliot Freidson [1970a e b]; per una critica divenuta altrettanto classica dei suoi effetti iatrogeni, cfr. Illich [1991].

mercato (la "mano invisibile") dovrebbe essere in grado di equilibrare i desideri e la domanda dei consumatori con l'offerta di prestazioni sanitarie assai meglio di quanto la pianificazione sanitaria statale sia in grado di fare.

La saldatura fra il movimento consumerista e i processi di "riforma" dei sistemi sanitari originatisi dalla necessità di aumentare la loro efficienza a fronte di un eccessivo consumo di risorse, avviene sul finire degli anni '80. Il libro bianco del governo thatcheriano *Working for patients* del 1989⁵ rimane il punto di riferimento più famoso, in ambito europeo, di questa nuova filosofia della scarsità coniugata con l'ethos consumerista: l'enfasi sulle scelte del paziente in ambito sanitario e la sovranità del consumatore porta a raccomandare l'utilizzo delle tecniche di *survey* di *customer satisfaction* (con un massiccio investimento in termini di risorse) orientate, secondo una tipica prospettiva di mercato, a fornire ai managers dei servizi sanitari le informazioni necessarie a far sì che l'offerta di prestazioni potesse incontrare la domanda dei consumatori. È probabilmente il momento più alto di un'ottimistica fiducia nelle virtù del mercato e nelle tecniche di ricerca di mercato quale strumento sostitutivo di una efficace pianificazione dei servizi fondata sui bisogni dei cittadini. Tuttavia, quello che è stato definito il "modello supermercato" dei servizi sanitari di fatto «nega ai pazienti e consumatori il diritto alla consultazione sugli investimenti, su che cosa dovrebbe stare 'sugli scaffali' e non incoraggia i consumatori a cercare risarcimento se i prodotti sono difettosi» [Scrivens 1988: 184]. La tanto invocata "opinione del consumatore" in realtà ha ben poche possibilità di incidere sui reali processi decisionali relativi alla erogazione dei servizi sanitari; e non si produce alcun reale processo di *empowerment* per il semplice fatto di dar voce alle presunte opinioni sulla qualità dei servizi sanitari. Ha ragione Carr-Hill [1992] quando afferma che le caratteristiche associate con i concetti di consumatore e di cliente derivati dal settore privato non possono tradursi in maniera acritica nel campo dei servizi sanitari, al punto da rendere del tutto inappropriato considerare i pazienti come dei consumatori. Cerchiamo di capire perché. Adalbert Evers [1997] ha ben evidenziato le profonde differenze esistenti fra la realtà imprenditoriale e quella dei servizi alla persona che non rendono possibile l'importazione diretta dell'approccio alla qualità sviluppato nella prima all'interno dei secondi. Le differenze di fondo fra i servizi alla persona e le imprese private sono a suo avviso principalmente tre:

5. Già il Rapporto Griffiths, tuttavia, della omonima commissione d'inchiesta istituita dal governo conservatore per indagare sulla gestione del Servizio sanitario nazionale e pubblicato nel 1983 prescriveva l'utilizzo delle ricerche di mercato quale strumento per individuare le opinioni dei consumatori.

- una *differenza strutturale*, insita nella peculiarità dell'interazione personale che caratterizza tali servizi;
- una *differenza di natura*, dovuta al carattere pubblico proprio di tali servizi, in quanto responsabilità dello Stato e degli Enti locali in un'ottica di *welfare*;
- una *differenza organizzativa e gestionale*, conseguente alle due precedenti.

L'interazione personale fra colui che eroga un servizio e colui che ne fruisce costituisce un carattere strutturale tipico dei servizi sanitari e dei servizi alla persona più in generale che rende inapplicabile l'idea dell'utente come *cliente* da soddisfare nel modo più rapido e completo possibile: il presunto cliente in realtà coopera attivamente nella produzione del servizio con l'operatore professionale e la qualità e l'efficacia stessa dei risultati dell'intervento dipendono, com'è noto, in gran parte dalle caratteristiche di tale processo di co-produzione [Cipolla 1997: 574]. La natura complessa di questo processo interattivo non è riducibile alla relazione produttore-consumatore o venditore-cliente se non al prezzo di una sua evidente semplificazione riduzionistica. Ciò non significa necessariamente ricadere nella vecchia logica burocratica, in base alla quale «l'utente doveva ricevere prestazioni in larga misura predeterminate dalle valutazioni degli operatori e da una dettagliata legislazione sociale» [Evers 1999: 4]: il punto in discussione è l'inapplicabilità di un approccio alla qualità come quello di tipo imprenditoriale basato su di una chiara e netta separazione fra operatore-produttore da una parte e cliente-consumatore dall'altra in una realtà in cui esiste invece una forte interazione di natura personale e contingente fra i due soggetti. A ciò si aggiunga, da una parte, «la necessità di considerare la figura dell'operatore non esclusivamente come quella di un ruolo e di una competenza professionale, bensì come un individuo unico che fornisce un servizio e che non è facilmente sostituibile» [ivi]⁶; e, dall'altra, l'importanza esercitata dalle reti informali familiari e comunitarie in tutti i processi di co-produzione delle decisioni relative alle scelte terapeutiche e assistenziali che il soggetto deve compiere per fronteggiare un episodio di malattia, non riducibili a semplici decisioni individuali quali quelle di un consumatore atomizzato.

6. L'importanza del rapporto di continuità e di fiducia instaurato dal paziente con l'operatore sanitario (su cui una forte influenza è esercitata dalla capacità di comunicazione empatica dell'operatore stesso) e le problematiche di *transfert* connesse al legame che in tal modo si viene spesso a instaurare evidenziano l'inapplicabilità di un approccio alla qualità come quello dell'economia di mercato che mira a rendere le relazioni interpersonali del tutto intercambiabili.

La natura eminentemente pubblica dei servizi alla persona, almeno per quanto riguarda la loro *responsabilità* in una prospettiva di *welfare state*⁷, si traduce poi «nel fatto che ogni cittadino, quando compare un certo bisogno, ha diritto alla fruizione di determinati servizi sociali; per tutelare tale diritto, è necessario seguire specifiche procedure e rispettare determinate norme legali» [ivi]. La tutela dei diritti sociali di cittadinanza (come quello della salute, art. 32 della Costituzione) e degli interessi collettivi che questi rappresentano (anziani, disabili, malati, maternità e infanzia, ecc.) implica che coloro che forniscono servizi alla persona debbano erogarli tenendo conto di specifici criteri distributivi, come quello dell'equità, determinati dalle politiche socio-sanitarie e del tutto inesistenti in un mercato privato. La considerazione degli utenti come cittadini dotati di specifici diritti sociali da tutelare e non semplicemente come consumatori o clienti, comporta anche il riconoscimento delle loro eventuali istanze di partecipazione e coinvolgimento diretto, introducendo nuove forme di democrazia sia diretta che rappresentativa nella gestione dei servizi sanitari stessi [Evers 1997]: cosa del tutto impensabile in un contesto come quello imprenditoriale privato, se non a livello di puro e semplice azionariato.

Infine, le differenze di carattere gestionale e organizzativo che, conseguentemente, caratterizzano servizi come quelli alla persona nei quali, ad esempio, il ruolo delle risorse umane diviene assai più decisivo di quello degli investimenti di capitale che caratterizzano invece il settore privato, appaiono fin troppo evidenti. La nuova cultura del *care* (*changing culture of care*) di cui parla Evers [1997] sintetizza quell'insieme di processi innovativi che, a questo livello, dovrebbero prodursi per garantire la possibilità di coniugare efficienza organizzativa e qualità professionale dell'assistenza erogata. L'impraticabilità di strategie come quella della diversificazione dei prodotti, propria dell'offerta in un mercato privato, in contesti in cui occorre invece assicurare gli stessi diritti a tutti i cittadini, non vieta affatto la possibilità di una umanizzazione e personalizzazione dell'offerta di servizi in grado di trascenderne la tradizionale standardizzazione routinaria. Saper coniugare offerta universalistica di servizi e personalizzazione delle prestazioni offerte costituisce dunque un'ulteriore sfida del tutto peculiare alle problematiche del management gestionale-organizzativo proprio dei servizi alla persona. A ciò potremmo aggiungere anche la necessità di una pianificazione strategica (e delle conseguenti scelte di allocazio-

7. Essa permane evidentemente anche quando viene introdotta la possibilità di una pluralità di erogatori (pubblici, privati for-profit e privati non-profit), come nel cosiddetto *welfare mix* [Fazzi 1998] che oggi caratterizza gli scenari delle politiche sociali e sanitarie nella gran parte dei paesi reduci dalla crisi dello Stato sociale; altra cosa sarebbe un'opzione decisamente di *laissez faire* in una prospettiva neo-liberista.

ne delle risorse, specie se scarse) fondata sulla corretta rilevazione e analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, opzione del tutto estranea ad un'impresa privata orientata ad assicurarsi quote di mercato volte a garantire il massimo profitto possibile.

2. Ma la "customer satisfaction" è un concetto valido?

Gli studi relativi a ciò che è stata variamente definita come *customer/consumer/patient satisfaction*⁸ in sanità hanno origine negli anni '50 negli USA sulla scia dei modelli di analisi dell'interazione medico-paziente prodotti dai lavori di Parsons [1965] e di Szasz e Hollender [1956]. Se sono i sociologi a mostrare per primi l'importanza di comprendere tale interazione anche dal punto di vista del paziente, saranno soprattutto medici e psicologi ad investigare successivamente la possibile connessione fra tale punto di vista ed il comportamento del paziente, specie per quanto riguarda il problema della *compliance* [Francis, Korsch e Morris 1969; Wilson e McNamara 1982]. La conseguente scoperta della correlazione soddisfazione-*compliance* fa crescere enormemente l'importanza del concetto di soddisfazione, sino a farlo assurgere a obiettivo necessario dei servizi sanitari assieme ad altri più classici quali l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza dei trattamenti: poiché un'alta qualità dei risultati clinici dipende dalla *compliance* – la quale, a sua volta, è influenzata dalla soddisfazione del paziente – quest'ultima diviene un prerequisito della qualità delle cure. La considerazione della prospettiva del paziente ne risulta così legittimata anche fra quei professionisti sanitari primariamente interessati ai risultati clinici del loro lavoro. L'importanza dell'opinione del paziente si concretizza in un mutamento della definizione stessa di qualità utilizzata: la soddisfazione del paziente ne diviene una componente necessaria, un attributo indispensabile. Vuori può così concludere che «la soddisfazione del paziente potrebbe essere inclusa nell'accertamento della *Quality Assurance* quale [...] un attributo della qualità dell'assistenza; come un risultato legittimo e desiderato. Semplicemente, l'assistenza non può essere di alta qualità a meno che il paziente non sia soddisfatto» [Vuori 1987: 107]. E Donabedian sembra andare oltre quando afferma che «la soddisfazione del paziente può essere considerata quale un [...] elemento dello stesso stato di salute» [Donabedian 1988: 1744].

È così che, dopo essere passata in Europa negli anni '60, la ricerca di *customer satisfaction* conosce nel mondo dei servizi sanitari, specie in

⁸ Negli ultimi anni, nella letteratura anglofona specializzata in campo sanitario si preferisce parlare di "*patient satisfaction*".

Gran Bretagna⁹, un suo momento d'oro tra gli inizi degli anni '80 e la metà degli anni '90: le *survey* con questionario vengono considerate il modo più rapido, economico e facile da condurre per ottenere "l'esperienza e le percezioni dei pazienti e della comunità", come richiesto dal libro bianco *Working for patients* pubblicato dal Ministero della sanità britannico nel 1989. A fare da cornice a tale considerazione è un più generale clima positivistico ancora dominante nell'ambiente biomedico di sfiducia nei confronti dei metodi qualitativi e la correlata convinzione della superiorità del dato in forma quantitativa. I primi dubbi sulla reale validità della conseguente proliferazione di *survey* sulla soddisfazione dei pazienti quale strumento per misurare la loro valutazione dei servizi sanitari cominciano tuttavia già a tormentare alcuni fra i ricercatori più avveduti; i quali si chiedono, con riferimento ad uno degli strumenti all'epoca più in voga¹⁰, se "12 semplici domande in una *survey* elaborata al computer davvero misurano la soddisfazione del paziente" [Carr-Hill *et al.* 1989], mettendone in discussione la validità e la sensibilità. Alcuni sociologi [Locker e Dunt 1978], in realtà, avevano sollevato da tempo il problema della mancanza di un reale fondamento teorico del concetto di *patient satisfaction*, come pure dei metodi utilizzati per raccogliere dati su di esso; alle radici del problema è proprio il concetto stesso di "soddisfazione" a costituire un elemento scarsamente tematizzato in modo adeguato [Fitzpatrick 1993]. Il significato del concetto è infatti di rado esplicitamente definito, tanto da rendere problematica la possibilità stessa di costruire strumenti per rilevarlo; e anche quando lo è, diviene difficile trovare una definizione su cui mettere d'accordo i diversi autori.

Si arriva così, a metà circa degli anni '90, a rimettere in questione la validità stessa del concetto [Williams 1994], a cominciare dall'assunzione dominante che considera la *patient satisfaction* come qualcosa che già esiste nella realtà in una data popolazione, semplicemente in attesa di essere rilevata e misurata. In realtà, secondo Williams, si tratta di un costrutto sociale attraverso cui il ricercatore interpreta l'esperienza dei soggetti con i servizi sanitari ed il significato ad essa attribuito sulla base di una serie di assunzioni esplicite o implicite che portano a considerare la "soddisfazione" come una forma di valutazione basata sul soddisfacimento delle aspettative. Ma è

9. Pionieristica viene considerata in Gran Bretagna la ricerca di Cartwright [1964] sull'assistenza ospedaliera; mentre già a partire dalla fine degli anni '60 numerose sono le *survey* condotte per lo più da ricercatori accademici o dai Community Health Councils, gli organismi distrettuali di rappresentanza della popolazione in ambito sanitario.

10. Si tratta del CASPE (Clinical Accountability, Service Planning and Evaluation) promosso dalla Bloomsbury Health Authority e poi adottato da ben 28 ospedali [Mc Iver 1991], uno dei sistemi di rilevazione della *customer satisfaction* più generosamente finanziati, che include anche una parte di riorientamento dei servizi.

proprio questa relazione fra soddisfazione e aspettativa quale meccanismo che produrrebbe valutazione dal punto di vista del cliente a costituire l'elemento più problematico [Thompson e Sunol 1995]. Infatti, i risultati delle ricerche mostrano una scarsa evidenza empirica a supporto dell'assunzione che le espressioni di soddisfazione siano il risultato della corrispondenza a determinate aspettative. Al di là del fatto che, in alcune situazioni (malati acuti, infortunati, epilettici, ecc.), è persino opinabile l'esistenza stessa di aspettative, anche ammessa la loro esistenza, alcuni studi hanno avanzato seri dubbi sul fatto che sia la loro realizzazione *di per sé* a generare il giudizio di soddisfazione [Fitzpatrick e Hopkins 1983]. Il modello di *patient satisfaction* come "corrispondenza alle aspettative" risale a Linder-Pelz [1982a e 1982b], la quale fonda la propria teoria sulle ricerche psicologiche relative alla soddisfazione sul lavoro e sulle teorie di psicologia sociale che considerano la soddisfazione/insoddisfazione come l'espressione di un *atteggiamento*, la cui natura essenzialmente valutativa sarebbe possibile misurare secondo una procedura bipolare positiva/negativa [Fishbein e Ajzen 1975].

Dopo aver definito la soddisfazione del paziente come un insieme di "valutazioni positive di diverse dimensioni dell'assistenza sanitaria" [Linder-Pelz 1982b:578], la studiosa israeliana considera tale atteggiamento come la risultante di due diversi aspetti: le credenze (che si riferiscono all'area cognitiva) e le valutazioni (che si riferiscono all'area affettiva) ad esse associate circa gli attributi di un servizio sanitario. Per cui diviene possibile misurare tale atteggiamento sommando i prodotti ottenuti moltiplicando la misura della forza delle credenze (B_i) circa determinati attributi per la misura delle valutazioni espresse (E_i) in relazione ai medesimi attributi, sulla base della teoria del "valore dell'aspettativa" di Fishbein e Ajzen [1975]:

$$\text{atteggiamento} = \sum_{i=1} B_i E_i$$

Dopo aver integrato tale modello base con l'esame di una serie di teorie psicologiche e sociologiche (fra cui Parsons e Merton), Linder-Pelz propone di considerare cinque tipi di variabili socio-psicologiche come determinanti il grado di soddisfazione dell'individuo con i servizi sanitari:

Fig. 1 - Variabili socio-psicologiche determinanti il grado di soddisfazione [Linder-Pelz 1982a: 581]

<i>Expectations</i>	Le aspettative sui risultati percepiti come probabili.
<i>Value</i>	Il valore attribuito a determinati aspetti dell'assistenza sanitaria.
<i>Entitlement</i>	Il ritenere di <i>aver diritto</i> a determinate prestazioni.
<i>Occurrences</i>	La percezione degli eventi che hanno effettivamente luogo.
<i>Interpersonal comparisons</i>	La valutazione individuale di ciò che ha luogo in relazione con altri o con precedenti esperienze.

Sulla base di tali variabili desunte dall'esame della letteratura socio-psicologica, Linder-Pelz [ibidem: 581] arriva quindi a formulare cinque ipotesi specifiche, che dovrebbero spiegare come tali variabili antecedenti giungano a determinare il conseguente giudizio di soddisfazione¹¹:

Fig. 2 - Cinque ipotesi riguardanti le determinanti socio-psicologiche della soddisfazione del paziente [Linder-Pelz 1982a: 581]

1. I punteggi di soddisfazione saranno direttamente correlati alla somma dei prodotti dei punteggi delle credenze (aspettative) e delle valutazioni (valori) riguardanti i diversi aspetti dell'assistenza ricevuta.
2. I punteggi di soddisfazione varieranno positivamente in relazione al grado in cui la percezione degli eventi coincide con le aspettative precedenti.
3. I punteggi di soddisfazione saranno direttamente correlati al punteggio dell'evento percepito diminuito il punteggio delle aspettative, il tutto diviso per il punteggio delle aspettative.
4. Una combinazione di aspettative positive e percezione positiva dell'evento produrrà i più alti giudizi di soddisfazione, mentre aspettative positive e percezione negativa dell'evento i più bassi.
5. La soddisfazione sarà maggiore quando l'assistenza ricevuta viene percepita come altrettanto buona o migliore di quella ricevuta da altri.

Ella ritiene quindi che tali ipotesi possano essere operationalizzate secondo la teoria psicometrica, per mezzo della quale costruire questionari a risposta multipla: nella consapevolezza che la natura soggettiva di ogni giudizio di soddisfazione rende tale giudizio sempre relativo. Ammette inoltre la parzialità del suo modello che non considera né le variabili socio-demografiche e sanitarie relative al soggetto né le caratteristiche del sistema sanitario o degli erogatori dell'assistenza. Conclude quindi perorando la necessità di considerare tutte tali variabili e le relative interazioni in un modello multivariato di soddisfazione del paziente.

Il modello della Linder-Pelz ha ricevuto numerose critiche sia per le sue debolezze concettuali che per quelle operazionali [Carr-Hill 1992], specie per quanto riguarda la vaghezza delle aspettative e dei valori. Ciò al di là del fatto che la stessa autrice ammette che, ad una prima verifica empirica, solo il 10% del grado di variazione del giudizio di soddisfazione

¹¹. Linder-Pelz precisa che tali ipotesi non vanno considerate come alternative, ma complementari in un quanto non contraddittorie fra di loro; una sesta ipotesi, considerata come una variante della seconda, non è stata qui considerata.

può essere spiegato nei termini delle variabili socio-psicologiche indicate [Linder-Pelz 1982b]. Fra tali variabili, il suo studio mostra poi che sono le aspettative precedenti alla consultazione clinica a costituire le principali determinanti della successiva soddisfazione: ciò anche senza riguardo al fatto di risultare soddisfatte o meno. Come ella afferma:

le credenze sul comportamento del medico precedenti alla consultazione svolgono un ruolo significativo nel determinare le successive valutazioni del comportamento del medico, senza riguardo a ciò che egli effettivamente ha fatto o è stato percepito aver fatto. Ciò suggerisce che i pazienti esprimeranno con probabilità soddisfazione senza attribuire importanza al tipo di assistenza il medico fornisce, almeno nel contesto del presente studio [ibidem: 588].

Conseguentemente, un tale risultato evidenzerebbe come ogni eventuale mutamento nei servizi sanitari possa fallire l'obiettivo di ottenere un impatto significativo sui tassi di soddisfazione, a meno che il meccanismo soggiacente le espressioni di soddisfazione non risulti compreso più chiaramente. Dire che la valutazione dell'assistenza ricevuta può avere poco o nulla a che fare con il processo stesso di erogazione dell'assistenza mina alla radice il senso e l'utilità stessa dei giudizi di soddisfazione. La possibilità che le aspettative del paziente producano un effetto sulla soddisfazione del paziente indipendentemente dalle caratteristiche dell'assistenza effettivamente ricevuta indicherebbe infatti che la causa reale di tale giudizio di valutazione è da ricercarsi in altri fattori esterni al sistema sanitario: come già riconosciuto per i servizi sociali [Shaw 1984], essi possono essere rappresentati dal contesto sociale, dalla conoscenza dei servizi, dall'aiuto ricevuto in precedenti consultazioni, da esperienze con altri servizi, dalle percezioni di simpatia nei confronti degli operatori, ecc. Tali fattori evidenziano come ciò che definiamo "soddisfazione" sia il risultato di una costruzione sociale culturalmente determinata la cui natura complessa ha probabilmente poco a che vedere con una reale valutazione dei servizi sanitari dal punto di vista del soggetto.

Williams *et al.* [1998: 1352] ne concludono che il modello della "realizzazione delle aspettative" è logicamente inadeguato in quanto predice che ogni esperienza congruente con quanto atteso risulterà di soddisfazione, mentre ogni altra differente produrrà insoddisfazione. Alcune ricerche, in effetti, hanno mostrato che ciò che conta per l'espressione della soddisfazione del paziente non è tanto la *congruenza* tra aspettative ed esperienza, quanto il fatto che l'esperienza sia stata *migliore o peggiore* di quanto ci si aspettava. Benché sia indubbio, quindi, che le aspettative ed i valori del paziente siano implicati nel suo giudizio di soddisfazione, essi non sono certamente correlati in modo semplicistico ed univoco: ciò pro-

tabilmente anche perché le aspettative non sono statiche, ma si modificano nel corso del processo assistenziale, influenzandone la conseguente valutazione. La natura della relazione fra aspettative ed espressioni di soddisfazione ci è quindi ancora in gran parte sconosciuta; e nulla prova l'assunzione esplicita o implicita di molte *survey* di *costumer satisfaction* che la soddisfazione sia il risultato della effettiva valutazione dell'assistenza ricevuta.

3. Elementi per ripensare la relazione aspettative-esperienze-soddisfazione

Un luogo comune in letteratura [Lebow 1983; Calnan 1988b] relativo ai risultati delle *survey* di *costumer satisfaction* è costituito dagli alti livelli di soddisfazione – spesso superiori all'80% [Fitzpatrick 1991; Carr-Hill 1992] – ottenuti da parte dei soggetti intervistati: è legittimo interpretarli come un indice del fatto che va davvero tutto bene, oppure è lecito avanzare qualche dubbio sulla attendibilità di tali risultati? Al di là delle critiche di metodo relative al modo in cui le domande sono formulate [Locker e Dunt 1978], intendiamo qui affrontare un problema più di sostanza, che mostra come le ricerche di *customer satisfaction* producano soltanto un ritratto superficiale, quando non artefatto, della realtà. Il problema può essere così sintetizzato: il giudizio di soddisfazione incorpora davvero una valutazione dei servizi sanitari dal punto di vista del paziente? Se la risposta è affermativa, allora è legittimo interpretare gli alti livelli di soddisfazione riportati da molte *survey* come un indice di valutazione fortemente positiva; ma se la risposta è negativa, allora è l'interpretazione stessa della soddisfazione come il risultato di un processo di effettiva valutazione che va rimesso radicalmente in discussione.

Un primo interrogativo che potremmo porci in proposito è: “Ma il paziente ha davvero sempre e comunque delle aspettative? E anche quando esse siano presenti, qual è la loro reale natura?”. Vi sono anzitutto una serie di situazioni in cui l'esistenza di aspettative da parte del paziente appare per lo meno dubbia o incerta per quanto riguarda il loro contenuto [Fitzpatrick e Hopkins 1983]: le situazioni di primo contatto con un servizio del quale manca un'esperienza pregressa diretta o indiretta ne sono un esempio. In secondo luogo, maggiore è la natura esoterica e tecnica di un servizio e tanto più probabile sarà la convinzione del paziente di non aver titolo ad alcuna specifica aspettativa di legittima valutazione. Ciò spiega perché alcuni studi hanno trovato che le valutazioni dei pazienti concernenti materie tecnico-professionali spiegano assai poco della varianza nella soddisfazione complessiva quando gli aspetti tecnico-professionali della

prestazioni costituiscono la principale determinante dei risultati clinici [Cleary e McNeill 1988]. È la fiducia nella competenza degli operatori sanitari coinvolti ad essere più probabilmente alla base del giudizio di soddisfazione, più che non una reale valutazione critica: in tale situazione, dunque, le aspettative esistono, ma la loro natura rende nulla l'utilità del giudizio di soddisfazione. In terzo luogo, in molti casi il ruolo di paziente conserva ancora tutte quelle caratteristiche di passività individuate da Parsons [1965] per descrivere il *sick role*: pazienti colpiti dall'esperienza della malattia in maniera tale da compromettere le loro funzioni vitali, pazienti cronici, anziani con un basso grado di autosufficienza, malati di mente, alcool o tossicodipendenti, ecc. In tutti questi casi, l'unica aspettativa del paziente è spesso quella di rimanere passivo nelle mani di un professionista dall'atteggiamento paternalistico: e la realizzazione di tale aspettativa produrrà un alto grado di soddisfazione, ma sarà evidentemente di scarso valore in senso consumeristico. Come afferma Williams [1994: 512], «in un tale scenario, la soddisfazione del paziente può essere considerata principalmente come un riflesso del *ruolo* che i pazienti adottano in relazione ai professionisti sanitari senza riguardo alla qualità dell'assistenza stessa».

Considerare come rilevante l'esistenza dell'opinione ed il giudizio del cliente è un'idea tipicamente consumerista la cui accettazione da parte del paziente stesso non va data per scontata. Così come non scontata è la credenza da parte del cliente nella legittimità di tale opinione (quando esiste) ed il desiderio di impegnarsi in qualche modo nella sua espressione. Il consumerismo dà invece per scontato il superamento del tradizionale ruolo passivo del paziente in senso parsoniano e del corrispondente paternalismo da parte del professionista sanitario: conseguentemente, il giudizio di soddisfazione presuppone un cliente attivo in grado di valutare criticamente quanto gli accade. Nella realtà, come abbiamo visto, le espressioni di soddisfazione possono essere il risultato sia della mancanza di aspettative vere e proprie, sia della loro natura di tipo passivo: ciò anche perché molte *survey* non prevedono la possibilità di non-valutazione da parte del rispondente, il quale è costretto spesso a scegliere fra una serie di alternative fisse, ciascuna delle quali assume una qualche forma di valutazione. Ecco perché in molti casi i giudizi dei pazienti sembrano alquanto acritici¹² e solo nei casi di disservizi profondi giungono ad esprimere insoddisfazione.

Una spiegazione forse più sottile dei bassi livelli di insoddisfazione riscontrati è quella che considera la loro espressione governata principal-

12. Lebow [1983], ad esempio, ha a suo tempo riesaminato i risultati di oltre 50 *survey* relative a servizi di salute mentale, trovando una percentuale media di pazienti soddisfatti del 77,5%.

mente da aspettative di natura negativa su ciò che *non* dovrebbe accadere: esse si fondano su quelle norme e valori sociali condivisi di cui il paziente diviene cosciente spesso solo quando esse vengano violate. È il caso degli abusi di diversa natura che il professionista potrebbe commettere nei confronti del paziente. Ogniqualevolta ciò non si verifichi saremo in presenza di giudizi di soddisfazione, dal momento che nessuna aspettativa negativa risulta violata: ma il *range* di comportamenti che risultano accettabili entro tale margine appare evidentemente assai vasto, dal momento che esclude solo quei comportamenti estremamente negativi.

Nelson e Larson [1993] hanno studiato l'effetto di ciò che chiamano "buone" e "cattive sorprese" sui livelli di soddisfazione del paziente: Una "buona sorpresa" viene da essi definita come un tipo di assistenza che va ben al di là delle aspettative, mentre una "cattiva sorpresa" costituisce l'equivalente di una trasgressione di valori e norme sociali comunemente accettati. I risultati del loro lavoro evidenziano che la maggioranza di coloro che non hanno alcuna sorpresa esprimono soddisfazione, mentre coloro che hanno una "cattiva sorpresa" esprimono insoddisfazione con maggior probabilità.

Potremmo cercare di riassumere quanto siamo venuti sin qui delineando dicendo che il significato della soddisfazione del paziente dipende fortemente dal ruolo nel quale quest'ultimo percepisce se stesso in relazione al sistema sanitario. Le indagini di *customer satisfaction* presuppongono un modello di paziente-consumatore-cliente in grado di valutare e di *volver* valutare l'assistenza ricevuta che, come abbiamo visto, spesso non corrisponde in alcun modo alla realtà: assumere che tutti i pazienti si comportino come consumatori attivi costituisce allora una finzione mistificante rispetto alla realtà di ciò che avviene nella quotidianità di molti servizi sanitari. Se l'ideologia consumerista può costituire un utile strumento per rivendicare maggiori poteri (*empowerment*) e il rispetto dei diritti degli utenti dei servizi sanitari, essa non ci aiuta a comprendere i diversi ruoli che *effettivamente* il paziente può rivestire nel rapporto con i servizi sanitari. Il concetto di *soddisfazione* può allora avere una sua utilità solo *se e quando* l'utente agisca, pensi e valuti nei panni propri del consumatore-cliente¹³. Poiché gran parte dei pazienti non vestono tali panni, appare più opportuno cercare di comprendere in quali termini – diversi dal semplice essere soddisfatti o meno – questi pazienti valutino. In termini di teoria sociologica, potremmo affermare di aver bisogno di *grounded concepts* nel senso della *grounded theory* proposta da Glaser e Strauss [1968]: concetti, cioè, radicati nella vita quotidiana dei soggetti e costruiti induttiva-

13. Il fatto che la maggior parte di coloro che esprimono insoddisfazione sia rappresentata da giovani e da persone di classe media con livelli medio-alti di istruzione sembra confermare questo.

mente a partire dalla loro esperienza della malattia. Da questo punto di vista, il concetto di soddisfazione appare del tutto *ungrounded*, puramente ideologico e quindi scarsamente utile.

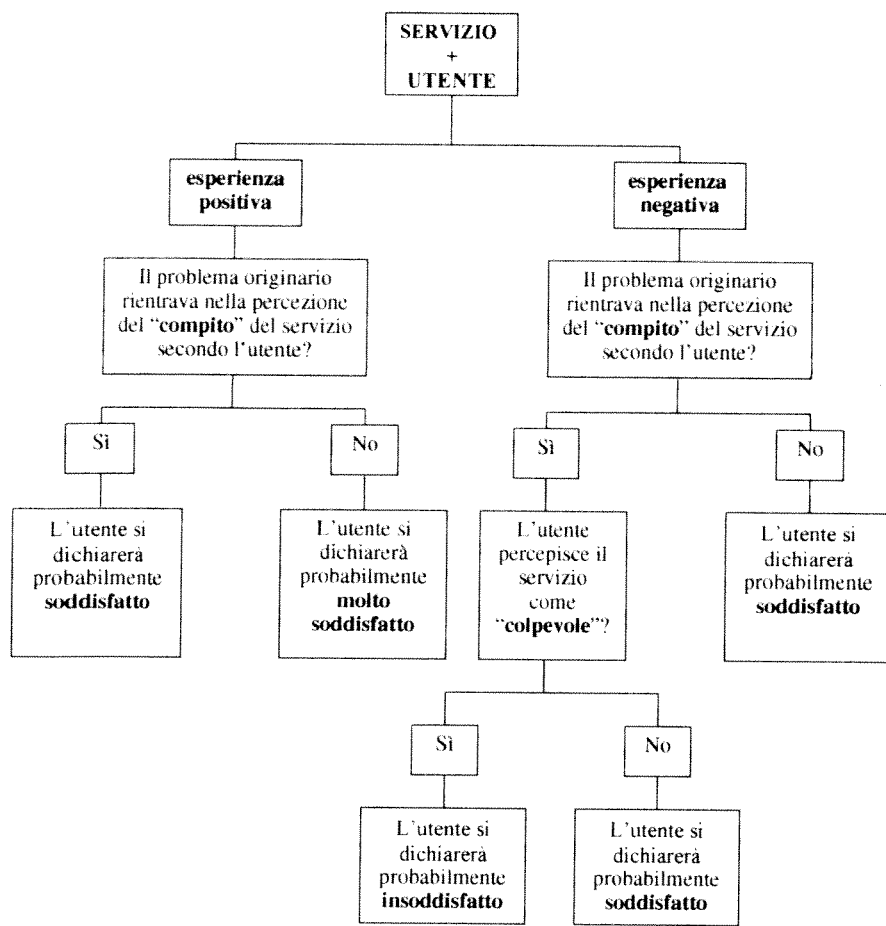
Il punto focale si sposta allora sulla necessità di determinare *se* il paziente valuta e di identificare *come* eventualmente valuti, attraverso quali meccanismi e secondo quali criteri. Di particolare interesse, da questo punto di vista, appaiono gli studi come quello di Williams, Coyle e Healy [1998] che, esplorando l'esperienza, le credenze e la posizione sociale degli utenti di un servizio di salute mentale comunitario, ci aiutano a comprendere le modalità con cui i pazienti in quanto attori sociali interpretano la propria esperienza e vi attribuiscono senso a partire dalla propria definizione della situazione. I risultati di tale ricerca mostrano che, nella maggior parte dei casi, i pazienti attribuiscono giudizi di valore alla propria esperienza descrivendola in termini positivi o negativi: tuttavia, ciò non appare ancora come una valutazione vera e propria del servizio. Nel passaggio da una semplice descrizione in termini positivi/negativi della propria esperienza ad una valutazione del servizio in quanto tale due sono, secondo gli autori, i concetti-chiave implicati:

- la percezione del "compito" (*duty*) di un servizio e dei professionisti che in esso operano;
- la percezione della "colpevolezza" o "incolpabilità" (*culpability*) di un servizio e dei professionisti che in esso operano.

Nel valutare l'operato di un servizio, le risposte dei pazienti appaiono guidate dalla convinzioni relative a ciò che dovrebbe o non dovrebbe essere fatto (il "compito") dal servizio o dal professionista; e, conseguentemente, dalla convinzione che questi siano da biasimare o meno qualora facciano ciò che non dovrebbero fare, oppure non facciano ciò che dovrebbero fare (la "colpevolezza"). Conseguentemente, può non esservi alcuna relazione diretta tra l'esperienza positiva o negativa come descritta dal soggetto e il fatto che egli valuti poi il servizio in maniera altrettanto positiva o negativa. Un'esperienza di consultazione potrebbe venire descritta in termini negativi e, tuttavia, la valutazione finale del servizio essere di tipo positivo, qualora tale esperienza negativa non rientri nei compiti del servizio come percepiti dall'utente. Inoltre, anche un'esperienza negativa considerata come conseguenza di ciò che un servizio avrebbe dovuto fare o non fare, può non tradursi in una valutazione finale di insoddisfazione qualora non venga percepita dal paziente come la conseguenza di una "colpevolezza" dovuta ad un evento o ad un non-evento. Una serie di circostanze mitiganti possono quindi portare il paziente a non considerare il servizio o l'operatore come incolpabili dell'accaduto: per esempio, il riconoscere loro di aver cercato di fare tutto quanto era loro possibile in determinate circostanze per un paziente terminale.

I due concetti proposti da Williams e colleghi ci appaiono particolarmente interessanti e meritevoli di ulteriore approfondimento: soprattutto se teniamo conto del fatto che, dietro ad essi, si profilano una serie di questioni di grande interesse teorico ed epistemologico. Dietro il concetto di "percezione del compito" è, infatti, possibile rintracciare sia la distinzione operata da Freidson [1975] fra aspettative "ideali" (ciò che il paziente preferirebbe maggiormente) e aspettative "pratiche" (ciò che è probabile accada), sia una questione di aspettative del soggetto relative ai suoi diritti nei confronti del servizio e, conseguentemente, delle obbligazioni del servizio nei suoi confronti; mentre il problema della "percezione di colpevolezza" riecheggia l'antica questione della natura stessa della medicina, considerata come arte della *guarigione* o come arte della *cura* e delle aspettative conseguenti nei confronti dei servizi sanitari e dei suoi operatori. Poiché, tuttavia, il perseguire tali strade ci porterebbe troppo lontano, appare qui opportuno limitarci a registrare la complessità del processo attraverso cui le esperienze dei pazienti si traducono in valutazioni di soddisfazione o meno secondo lo studio considerato (fig. 3). Tale risultato, oltre a spiegare ulteriormente le ragioni degli alti tassi di soddisfazione riscontrati, evidenzia ancora una volta come il costrutto di "soddisfazione" sia inservibile per una reale valutazione del servizio da parte del cittadino-utente, dal momento che costituisce più il riflesso della doppia percezione evidenziata che non la conseguenza di una sua reale valutazione del servizio. D'altra parte, il concetto di *aspettativa* che si profila dietro i due tipi di percezione proposti appare sempre più centrale, anche se problematico: come già altri studi hanno evidenziato [Fitzpatrick e Hopkins 1983; Avis *et al.* 1997], le aspettative sono spesso fluide e flessibili, dipendenti in gran parte dal contesto della consultazione clinica, dall'esperienza pregressa e dalle conoscenze del paziente. I risultati della ricerca di Williams e colleghi mostrano altresì come il loro contenuto in termini di diritti (il "compito") possa essere sospeso o cambiato in situazioni in cui il paziente ritenga vi siano dei vincoli reali alle pratiche organizzative e professionali. L'introduzione di fattori mitiganti che non consentono, secondo il paziente, di attribuire al servizio e ai suoi operatori la responsabilità dell'accaduto (la "colpevolezza") rende poi il nesso fra aspettative ed esperienza ulteriormente complesso anche rispetto a quanto già in precedenza evidenziato.

Fig. 3 - Il diagramma ad albero evidenzia i legami di processo tra esperienze ed espressioni di soddisfazione/insoddisfazione [Williams, Coyle e Healy 1998: 1358]



4. Per un approccio correlazionale metodologicamente integrato

Alla luce di quanto siamo venuti delineando, possiamo quindi sostenere con Fitzpatrick e Hopkins [1983: 297] che «il quadro di riferimento concettuale derivante dalla ricerca sulla soddisfazione del paziente fornisce un discernimento soltanto parziale e talvolta fuorviante sulle prospettive dei pazienti studiati». Se, come abbiamo visto, i pazienti spesso non valutano in termini di soddisfazione e, anche quando lo fanno, tale giudizio spesso riguarda solo indirettamente l'esperienza avuta con i servizi sanitari, allora

tutto questo implica la necessità di abbandonare definitivamente tale concetto in quanto inutile, ambiguo e fuorviante. Ciò non significa in nessun modo abbandonare anche la possibilità e l'opportunità di una valutazione sulla qualità dei servizi sanitari dal punto di vista del cittadino (il che sarebbe un po' come gettare il famoso bambino con l'acqua sporca): ma affermare che, per cogliere davvero la prospettiva del cittadino-utente/paziente, il concetto di soddisfazione è del tutto inadeguato sia sul piano teorico che su quello applicativo dal momento che, se lo scopo delle *survey* di *customer satisfaction* è quello di raccogliere indicazioni per il miglioramento continuo della qualità dei servizi, allora anche da questo punto di vista le indicazioni fornite appaiono del tutto inadeguate allo scopo.

Nel discutere i risultati della loro ricerca basata su interviste a 95 pazienti neurologici di undici ospedali londinesi, sempre Fitzpatrick e Hopkins [1983: 308] affermano: «Siamo rimasti colpiti dalla mancanza di corrispondenza, per molti versi, tra i resoconti della propria esperienza del paziente e le assunzioni sui pazienti contenute nella ricerca sulla soddisfazione». È probabilmente da qui, dalla complessità del punto di vista del paziente e dalla difficoltà di definire strumenti di ricerca in grado di coglierlo, che occorre ripartire per ricostruire un quadro di riferimento concettuale e metodologico più adeguato a produrre risultati anche a livello applicativo per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari. Se il paziente non valuta la qualità dei servizi in termini di un semplice continuum soddisfazione/insoddisfazione, allora anche il modo di porre le domande diviene rilevante al fine di evitare riduzioni semplificatorie che ci impediscono di cogliere le reali rappresentazioni dei soggetti. Ecco perché le risposte positive ai questionari di soddisfazione risultano spesso così alte; mentre se si dà al paziente la possibilità di esprimere più liberamente la propria valutazione a partire dal proprio vissuto d'esperienza – mediante, ad esempio, l'utilizzo di domande aperte – le risposte rivelano spesso un giudizio maggiormente critico. È un dato comune a molte ricerche che le espressioni quantitativamente misurate di soddisfazione tendano ad essere più positive dei resoconti qualitativi basati sull'esperienza [Gabe e Lipshitz-Phillips 1984; Calnan 1988b]: il riduzionismo intrinseco a certe tecniche quantitative prescelte svuota così di significato il loro stesso utilizzo. Come commentano due ricercatori:

I questionari scadenti agiscono come una forma di censura imposta sui pazienti. Essi producono risultati fuorvianti, limitano la possibilità dei pazienti di esprimere il proprio interesse per i diversi aspetti dell'assistenza sanitaria e possono incoraggiare i professionisti a credere che i pazienti sono soddisfatti quando in realtà essi sono alquanto scontenti [Whitfield e Baker 1992: 152].

Ciò non significa tanto ritenere che i questionari e le metodologie quantitative in genere siano intrinsecamente inappropriati a cogliere le valutazioni dal punto di vista del paziente: quanto che la costruzione dello strumento di ricerca (questionario o altro) deve essere orientata anzitutto alla rilevazione di *se* e *come* il paziente stesso valuta la propria esperienza con i servizi sanitari. Egli può avere una serie di convinzioni e di aspettative rilevanti che non trovano posto in una semplice espressione di soddisfazione. Le domande del questionario non accedono ad un fenomeno indipendente, ma lo costruiscono attivamente, come abbiamo visto, forzando il soggetto ad esprimere se stesso e la propria esperienza in termini spesso a lui/lei alieni. Conseguentemente, il costrutto di soddisfazione che ne risulta appare inadatto per ogni inferenza sulle reali rappresentazioni dei soggetti. L'approccio consumerista si traduce così in una illusoria espressione di alti livelli di soddisfazione, i quali non servono ad altro che a sancire lo status quo.

Molte delle difficoltà individuate nel definire un approccio adeguato alla valutazione della qualità nascono anche dalla natura multidimensionale di tale valutazione: già Hall e Dornan [1988b] nella loro meta-analisi di 221 studi relativi alla soddisfazione dei pazienti identificano 11 dimensioni principali (fig. 4):

Fig. 4 - Graduatoria complessiva di soddisfazione relativa a 11 aspetti dell'assistenza sanitaria (N = 107 studi) [Hall e Dornan 1988b: 937]

Aspetti	Punteggio	Graduatoria
Qualità complessiva	0,69	1
Umanità	0,66	2
Competenza	0,63	3
Risultato	0,60	4
Strutture	0,52	5
Continuità della cura	0,48	6
Accesso	0,42	7
Informazione	0,40	8
Costo	0,28	9
Burocrazia	0,24	10
Attenzione ai problemi psico-sociali	0,15	11

Nota: il numero medio di aspetti misurati in ciascun studio è stato di 3,91 (range 2-9).

L'ordine con cui gli autori riclassificano mediante una complessa procedura statistica i risultati dei 107 studi che prendono in considerazione almeno due dimensioni dell'assistenza ricevuta rivela un maggior grado di soddisfazione rispetto all'umanità delle cure (calore umano, rispetto, gentilezza, capacità d'ascolto, comportamento non verbale appropriato, relazione interpersonale) e alla competenza tecnica degli operatori; mentre all'ultimo posto della scala si colloca l'attenzione dell'operatore ai bisogni psicosociali del paziente, seguita dagli aspetti relativi alla relazione del paziente con il sistema dei servizi in generale come procedure burocratiche (inclusi i tempi d'attesa in loco), costi, informazione ricevuta (spiegazioni relative a diagnosi, terapia, ecc.) e accesso ai servizi (tempi, distanza, liste d'attesa, ecc.). Un'altra meta-analisi su di un campione di 40 studi relativi al giudizio dei pazienti sull'assistenza ricevuta dal proprio medico di famiglia [Wensing, Grol e Smits 1994] giunge ad individuare una serie di dimensioni del giudizio di qualità più o meno simile; anche una serie di altri studi utilizzando l'analisi fattoriale come tecnica per analizzare le risposte degli intervistati [Ware *et al.* 1983; Linder-Pelz e Struening 1985; Rubin, Ware e Hays 1990] mettono in evidenza la loro multidimensionalità. Di un certo interesse l'osservazione di Carr-Hill [1992] che rileva come gli studi di *customer satisfaction* siano strutturalmente inadeguati ad affrontare l'aspetto dell'equità delle cure ricevute.

Un passo in avanti nella direzione di un approccio maggiormente inclusivo e dinamico al problema della valutazione di qualità dal punto di vista del cittadino ce lo fa fare il modello processuale elaborato da Strasser *et al.* [1993] a partire dalla definizione della soddisfazione del paziente come un giudizio di valore che si traduce in una serie di atteggiamenti conseguenti alle situazioni esperite prima, durante e dopo il contatto con i servizi sanitari. Tale modello descrive la soddisfazione del paziente come:

- un processo percettivo insieme cognitivo ed affettivo che si traduce nella formazione di atteggiamenti;
- un costrutto globale e multidimensionale;
- un processo dinamico che si dispiega secondo una molteplicità di dimensioni quali il tempo, il dolore, l'equità percepita, ecc.;
- un tipo di atteggiamento reattivo, espresso in forma cognitiva, affettiva o entrambe, ma non comportamentale;
- un processo iterativo di formazione di atteggiamenti e delle conseguenti reazioni comportamentali;
- un processo individuale che dipende dai particolari valori, convinzioni, aspettative del paziente, dalle sue precedenti esperienze con i servizi sanitari, dalle sue caratteristiche socio-demografiche e dal suo stato di salute attuale.

Benché l'eccessiva sottolineatura dell'aspetto individuale – che scarsamente considera il ruolo dei fattori sociali e culturali anche nella formazione degli atteggiamenti individuali – ci paia l'aspetto meno felice del modello descritto, riteniamo che esso possa costituire la base anche per un modello dinamico e correlazionale di approccio alla valutazione di qualità dal punto di vista del cittadino. Un modello che si fonda anzitutto su di una critica dei diversi elementi propri dell'approccio consumeristico che siamo venuti delineando e che possiamo ora così sintetizzare:

- nonostante il suo uso sempre più frequente, il concetto di *soddisfazione* non cattura il punto di vista del paziente sulla qualità dei servizi e non esprime una effettiva valutazione di quella che è stata la sua reale esperienza con essi;
- possiamo quindi ritenere che la gran parte degli strumenti utilizzati per rilevare la soddisfazione (questionari) sia da ritenersi *non valida*, nel senso che non rileva ciò che intende rilevare, ovverosia la valutazione della qualità dei servizi sanitari dal punto di vista del paziente;
- il modello della "corrispondenza alle aspettative" su cui il costrutto di soddisfazione implicitamente o esplicitamente si basa appare limitativo e fuorviante laddove le aspettative del paziente non appaiano adeguatamente definite o risultino del tutto inesistenti;
- il processo attraverso cui il cittadino arriva a valutare la qualità dei servizi si presenta come ben più complesso e probabilmente non univoco, dinamico e legato alle esperienze contingenti;
- il risultato di tale processo è una valutazione di natura multidimensionale per cogliere la quale occorre probabilmente sviluppare un approccio di tipo correlazionale basato su di una pluralità di strumenti di natura sia qualitativa che quantitativa.

Sulla base di tali critiche nei confronti di quel che possiamo definire il "riduzionismo consumeristico" sia a livello concettuale che metodologico, possiamo tentare di abbozzare qui alcuni elementi per ridefinire un quadro di riferimento più adeguato a comprendere come e se il cittadino valuta i servizi sanitari. A tal fine, il nostro procedimento si muoverà nella direzione di individuare quali fattori e come influenzino il giudizio di valutazione del cittadino.

Se consideriamo anzitutto i fattori individuali e, in particolare, le variabili socio-demografiche e lo stato di salute del soggetto, possiamo ritenere che, sulla base delle ricerche descritte, esistano poche relazioni significative dirette fra questi fattori e la qualità percepita. Tuttavia, poiché non è da escludere, almeno per alcuni di essi (in particolare, come abbiamo visto, età, livello d'istruzione e stato di salute: cfr. Hall e Dornan [1990]) l'esistenza di una qualche correlazione, ci pare opportuno considerare tale primo gruppo di fattori alla stregua di *variabili antecedenti*, la cui correlazio-

ne con il giudizio di qualità risulta quindi in generale spuria, ossia mediata dagli altri fattori che prenderemo in considerazione.

Vi è poi il problema complesso delle determinanti socio-psicologiche (aspettative, ma anche bisogni, valori, percezioni, credenze, desideri, ecc.) il cui ruolo nella formazione del giudizio di qualità è stato fortemente enfatizzato dal modello della corrispondenza alle aspettative della Linder-Pelz. Pur rifiutandone un ruolo esclusivo in tal senso, è possibile mantenerne un ruolo causale principale di *variabili indipendenti* se: 1) se ne riconosca il carattere non esclusivamente individuale, ma fortemente influenzato dal contesto sociale e culturale; 2) si consideri l'eventualità, specie laddove tali variabili risultassero indefinite e vaghe, di una relazione mediata da altre variabili legate al contesto specifico dell'esperienza.

Il terzo gruppo di variabili è quello che possiamo considerare come quello probabilmente più significativo nell'influencare il giudizio di valutazione, in quanto in grado di svolgere un ruolo di specificazione o di interpretazione anche in presenza di una relazione originale fra le precedenti variabili e il giudizio di valutazione, considerato come *variabile dipendente*. Si tratta dell'esperienza del soggetto con i servizi sanitari, cui possiamo attribuire quindi il ruolo di *variabile interveniente*. Data la multidimensionalità che abbiamo visto caratterizzare il giudizio di valutazione, possiamo poi considerare tale esperienza come sfaccettata in una serie di aspetti diversi (accesso, costi, relazioni, comfort, informazioni, ecc.) che nel loro insieme divengono oggetto di tale esperienza. Ci sembra importante sottolineare il fatto che, sia l'individuazione che l'ordine di rilevanza di tali diverse dimensioni, non possano essere definiti a priori ma si correlino a loro volta alle variabili precedentemente individuate.

Nel complesso, possiamo quindi cercare di sintetizzare gli elementi del nostro quadro concettuale di riferimento nel modo seguente (fig. 5):

Fig. 5 - La matrice di correlazione della valutazione di qualità dal punto di vista del cittadino come processo dinamico e multidimensionale

<i>Variabili antecedenti</i>	<i>Variabili indipendenti</i>	<i>Variabili intervenienti</i>	<i>Variabili dipendenti</i>
Caratteristiche socio-demografiche e stato di salute del soggetto (sesso, età, livello d'istruzione, religione, etnia, quadro clinico, ecc.)	Determinanti psico-sociologiche e culturali (aspettative, bisogni, credenze, desideri, valori, percezioni, ecc.)	Esperienza del soggetto con i servizi sanitari (accesso, costi, umanità, comfort, relazione, informazione, ecc.)	Valutazione di qualità dal punto di vista del cittadino (qualità percepita)

Possiamo considerare tale rappresentazione della valutazione di qualità percepita come una *matrice di correlazione* sintetizzabile nella formula:

$$VQP_{ij} = r VA_i / VI_i / VT_{ij}$$

dove:

- VQP_{ij} = Valutazione di qualità percepita (VQP) di un individuo (i) relativa ai diversi aspetti della sua esperienza con i servizi sanitari (j);
- r = correlazione riscontrabile fra le variabili indicate;
- VA_i = variabili antecedenti (VA) relative alle caratteristiche sociodemografiche e allo stato di salute di un individuo (i);
- VI_i = variabili indipendenti (VI) relative alle determinanti socio-psicologiche e culturali;
- agenti sull'individuo (i);
- VT_{ij} = variabili intervenienti relative all'esperienza del soggetto (i) con i diversi aspetti dei servizi sanitari (j).

La matrice di correlazione può essere esplorata almeno parzialmente in modo quantitativo mediante l'utilizzo di tecniche statistiche avanzate quali l'analisi fattoriale – laddove risulti possibile operationalizzare i concetti indicati in variabili metriche – ma soprattutto qualitativamente, mediante l'utilizzo di metodologie appropriate a cogliere l'esperienza del soggetto e a comprenderne il significato soggettivo. Da questo punto di vista, senza nulla togliere alle possibilità esplorative che una buona *survey* può avere, i metodi qualitativi consentono probabilmente di approfondire meglio lo studio di quella “scatola nera” rappresentata dalla valutazione di qualità da parte del soggetto. Certamente il loro impiego nell'ambito dei servizi sanitari si scontra con una concezione ancora prevalente della scienza di tipo *hard*, per la quale solo i dati quantitativi sono significativi ed il cui modello di riferimento è rappresentato dal metodo sperimentale classico, tipicamente applicato nel caso della sperimentazione di nuovi farmaci o nella valutazione di procedure cliniche o chirurgiche. La forma mentis del medico e, spesso, anche degli altri operatori sanitari (con l'eccezione, in genere, degli infermieri) formati nelle nostre università appare ancora fortemente improntata al metodo dell'esperimento controllato randomizzato come *one best method* da utilizzarsi anche in ambiti non strettamente clinici della ricerca sui servizi sanitari¹⁴.

14. Per una gustosa rappresentazione di tale forma mentis in forma di dialogo nel corridoio di un Centro di ricerca sui servizi sanitari britannico fra il direttore dello stesso ed un sociologo di recente nomina sostenitore delle metodologie qualitative si veda Pope e Mays [1993]. Di tale dialogo fra due visioni conflittuali della ricerca riportiamo un passaggio particolarmente significativo:

“DIRETTORE: Io penso che lei sia semplicemente contrario agli esperimenti.

Un pluralismo metodologico fondato su di una concezione integrata e multidisciplinare della ricerca appare oggi vitale per quel settore di studi definito come "ricerca sui servizi sanitari" (*health services research*) nella quale, accanto alle tradizionali scienze naturali, alle scienze biomediche e all'epidemiologia, un posto appropriato spetta anche alle scienze sociali, intese non solo come economia e statistica sanitaria, ma anche come sociologia, antropologia e psicologia sociale. I metodi qualitativi sviluppati da queste ultime e, in particolare, dall'antropologia sociale e culturale nello studio delle culture non occidentali, possono essere proficuamente applicati allo studio dell'organizzazione dei servizi sanitari, della cultura degli operatori, delle credenze e dei comportamenti dei pazienti, dell'interazione medico-paziente assieme e accanto ai più tradizionali metodi quantitativi sperimentali utilizzati dalla ricerca biomedica e clinica. Osservazione partecipante, interviste in profondità, focus group, studi di caso e metodi basati sul consenso (metodo Delphi, Nominal Group Technique, consensus conference)¹⁵ sono ormai sempre più impiegati anche in ambito sanitario in forma *integrata* e non alternativa rispetto ai più tradizionali metodi quantitativi, data anche la natura applicativa di tale ambito. Ciò consente di andare al di là di una rigida demarcazione fra i due approcci metodologici oggi sempre più rimessa in discussione [Hammersley 1992a] al fine di decostruire tale divisione.

Volendo esplorare lungo quali strade tale approccio integrato può avviarsi, cerchiamo di indicare tre percorsi possibili [Pope e Mays 1995]:

- *integrazione preliminare o descrittiva*: le metodologie qualitative (specie osservazione partecipante, interviste in profondità e focus group),

SOCIOLOGO: Non del tutto, ma la sua argomentazione a favore del *'one best method'* mi ricorda un vecchissimo dibattito in sociologia sul positivismo...

DIR.: Deve proprio parlare in "ismi"? Se potesse parlare in un inglese chiaro sarei in grado di comprendere.

SOC.: Mi faccia fare un'analogia, allora. I diversi metodi utilizzati dagli scienziati sociali sono come le diverse concezioni del chirurgo e dell'epidemiologo. Il chirurgo apprende mediante l'esperienza diretta dei casi individuali – attraverso ciò che vede, sente, percepisce con le punta delle dita. Al contrario, l'epidemiologo considera i pazienti del chirurgo a livello aggregato come *cluster* di variabili. Ha compreso questo?

DIR.: Sì, ma non ho mai dato molta credibilità all'evidenza aneddotica dei chirurghi. Vada avanti.

SOC.: Bene, tra quei due estremi c'è un intero *range* di prospettive teoriche e di metodi di ricerca da cui scegliere, sia qualitativi che quantitativi. Ciò che vorrei, ritornando alla mia analogia, è che alla visione del chirurgo sia dato spazio nello schema di ricerca assieme a quella dell'epidemiologo" [ibidem: 316].

15. Da questo punto di vista, appare estremamente significativo che una delle riviste mediche più autorevoli come il *British Medical Journal* abbia dedicato una serie di ben sette articoli, poi raccolti in un volume [Pope e Mays 2000] alla presentazione di tali metodi qualitativi, indicando in particolare come essi possano essere utilizzati in modo proficuo ed appropriato nel contesto della ricerca sanitaria.

assumono qui una funzione preliminare rispetto a quelle quantitative, dal momento che vengono utilizzate in chiave descrittiva per fornire una conoscenza preliminare di determinate situazioni ancora largamente inesplorate, da sottoporre successivamente allo scrutinio più sistematico dei metodi quantitativi (survey, esperimenti controllati, ecc.)¹⁶;

- *integrazione supplementare o esplicativa*: in questo caso le metodologie qualitative vengono utilizzate quale componente di un processo di triangolazione nel quale tre o più metodi vengono impiegati al fine di validarne i risultati comparandone il grado di convergenza secondo un approccio multimetodo¹⁷;
- *integrazione complementare o esplorativa*: la ricerca qualitativa può, infine, essere proficuamente utilizzata da sola per esplorare fenomeni complessi o aree problematiche non suscettibili di o poco adatte per la ricerca quantitativa¹⁸.

È evidente come i tre percorsi indicati non si collochino tutti sullo stesso piano nel percorrere la strada dell'integrazione: mentre il primo considera, di fatto, i metodi qualitativi in funzione subordinata a quelli quantitativi, il secondo ne offre una lettura "alla pari" con quelli quantitativi e il terzo ha invece in sé la tendenza a considerarli come superiori a quelli quantitativi. In ogni caso, tutti e tre i percorsi indicati convergono nel ritenere che i diversi metodi consentono un accesso differenziato ai diversi livelli di conoscenza: combinandoli assieme diviene possibile costruire un quadro più ampio dei fenomeni analizzati. Di seguito offriamo, per concludere, due esempi del primo e del terzo tipo d'integrazione possibile.

16. Un esempio di questa modalità integrativa è rappresentato dal *survey* nazionale britannico sugli atteggiamenti sessuali e gli stili di vita [Wellings 1994] nel quale la ricerca qualitativa preliminare ha consentito di definire quali termini sessuali includere in modo appropriato nel questionario per l'inchiesta successiva.

17. Grazie a tale *approccio multimetodo* diviene possibile esaminare un particolare fenomeno o problema a diversi livelli [Brannen 1992] ottenendo diversi tipi di risposta: mediante una *survey* su vasta scala, ad esempio, a Bloor *et al.* [1976] è stato possibile cogliere dapprima la variazione geografica nell'incidenza delle operazioni alle tonsille e alle adenoidi e poi, grazie all'integrazione con un periodo di osservazione di sei medici impegnati nell'attività di consultazione clinica, scoprire la correlazione fra tale variazione geografica e le differenze locali nella pratica clinica dei diversi medici.

18. Dell'utilizzo crescente dei metodi etnografici (osservazione partecipante e intervista in profondità) nel campo degli studi organizzativi e di politica sanitaria al fine di valutare, ad esempio, l'impatto di determinate riforme sui servizi sanitari dal punto di vista del paziente, del professionista e del manager avremo modo di parlare più avanti (cfr. § 6).

5. Il Patient Experience Survey (PES)

Una volta abbandonato il concetto di soddisfazione, ci sembra che la strada seguita, ad esempio, dai ricercatori olandesi del Netherlands Institute of Primary Health Care sia di un certo interesse: Sixma e i suoi colleghi [1998] ritengono che, anziché concentrarsi sul risultato – la soddisfazione – un approccio più fruttuoso dovrebbe considerare le due componenti base dello stesso: le aspettative e le esperienze. La loro proposta in tal senso si fonda da una parte su di una rivisitazione delle ricerche di mercato e, in particolare del modello di qualità dei servizi SERVQUAL sviluppato da Parasuraman *et al.* [1985 e 1988], la cui appropriatezza è stata peraltro messa in discussione da Thompson e Sunol [1995] per quanto riguarda i servizi sanitari. Il SERVQUAL è stato applicato al settore sanitario da Babakus e Mangold [1992], secondo cui il giudizio di qualità (Q) di un individuo (i) sui diversi aspetti dell'assistenza sanitaria (j) sarebbe uguale alla loro percezione (P) diminuita delle aspettative (E), in base alla nota formula:

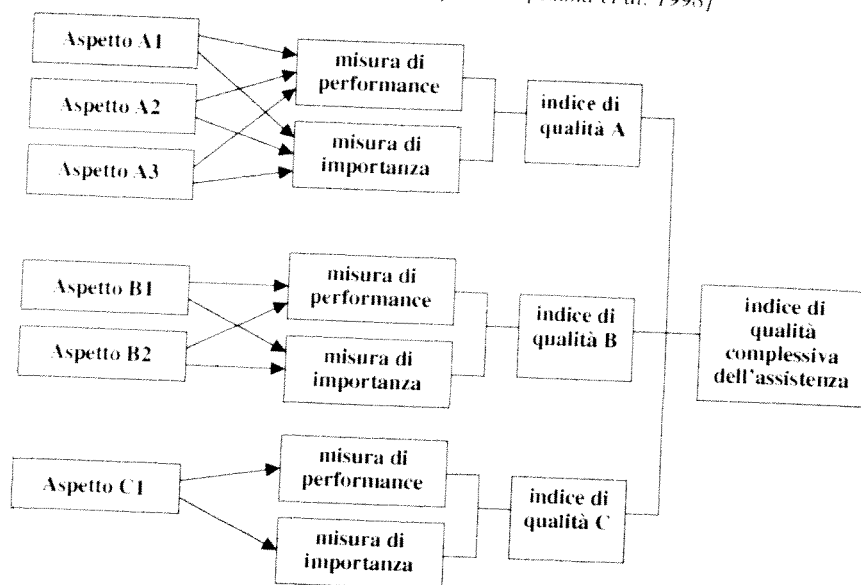
$$Q_{ij} = P_{ij} - E_{ij}$$

Sulla scorta della difficile relazione evidenziata tra aspettative ed esperienze, nonché dell'ambiguità dello stesso concetto di aspettativa – a meno non venga almeno operata una distinzione fra aspettative basate sull'esperienza pregressa e aspettative fondate sui bisogni e sui desideri contingenti – i ricercatori olandesi preferiscono quindi ispirarsi al *Patient Experience Survey* (PES) proposto da Zastowny *et al.* [1995] per il settore ospedaliero. Tale approccio, ritenuto più fruttuoso, si concentra su tre dimensioni della qualità dei servizi: *performance*, *importanza* e *impatto*. Nel PES la performance viene misurata sulla base della incidenza di un problema; mentre l'importanza costituisce un fattore di ponderazione della performance. Dalla combinazione fra i due aspetti diviene possibile ottenere un indice di impatto della qualità di ciascun aspetto dell'assistenza sanitaria considerato, secondo un *range* di misurazione che va 0 a 100. Se nel modello PES originale l'importanza veniva definita come il grado con cui la performance è empiricamente correlata alla soddisfazione, Sixma e colleghi propongono di abbandonare il giudizio soggettivo di soddisfazione (ritenuto inattendibile) per sostituirlo con la descrizione dell'esperienza effettiva del paziente con i servizi sanitari. La versione corretta del modello PES da essi proposta risulta quindi secondo la formula:

$$Q_{ij} = P_{ij} \times I_{ij}$$

nella quale il giudizio di qualità (Q) di un individuo (i) sui diversi aspetti dell'assistenza sanitaria (j) è pari al punteggio della loro performance (P) moltiplicato per l'importanza (I) degli stessi. Gli autori propongono anche una rappresentazione grafica di tale modello concettuale (fig. 6).

Fig. 6 - Modello concettuale relativo a una serie di nuovi strumenti di misurazione della qualità dell'assistenza dalla prospettiva del paziente [Sixma et al. 1998]



La componente di *performance* della formula si riferisce ai diversi aspetti dell'assistenza sanitaria tradizionalmente sintetizzati nel "concetto-ombrello" di soddisfazione. Se l'evidenza empirica porta a concludere che la valutazione di qualità dalla prospettiva del paziente è sempre di tipo multidimensionale, i ricercatori olandesi propongono di classificare le diverse dimensioni secondo una versione modificata della classica tripartizione proposta da Donabedian [1966] in *struttura, processo e risultato* dell'assistenza sanitaria¹⁹.

È interessante sottolineare come, al fine di individuare anzitutto quali dimensioni effettivamente includere per la valutazione della performance, i ricercatori olandesi avanzino poi due proposte. In primo luogo, molti studi di *customer satisfaction* risultano sostanzialmente basati sulla prospettiva del ricercatore, degli erogatori dell'assistenza sanitaria o dei *policy makers*, con i pazienti relegati al ruolo di rispondenti: poiché le rispettive prospettive possono differire sostanzialmente, è lecito sollevare qualche dubbio sulla reale validità di tali strumenti per misurare la qualità dell'assistenza dal

19. Nelle loro applicazioni del modello concettuale proposto, i ricercatori utilizzano quattro tipologie di indicatori: generali di processo, generali di struttura, specifici per categorie di pazienti e regionali [Sixma et al. 1998: 90].

punto di vista dei pazienti. Se consideriamo soprattutto gli utilizzatori abituali dei servizi sanitari – come pazienti cronici, disabili e anziani – quali soggetti esperti, in virtù dell'esperienza da essi acquisita, nella valutazione dei servizi sanitari, la loro prospettiva ha bisogno di strumenti adeguati per poter essere colta. I metodi qualitativi e, in particolare, focus group e interviste in profondità appaiono allora come gli strumenti più idonei a tal fine. Sessioni successive di discussione in focus group, ripetute in forma di panel, possono essere utilizzate per esplorare le dimensioni di un servizio sanitario che risultano di particolare rilievo per la valutazione della qualità delle prestazioni erogate dal punto di vista del paziente. L'utilizzo di tale metodologia per il coinvolgimento dei pazienti è stata già sperimentata con successo per il miglioramento delle condizioni ospedaliere dei pazienti pediatrici [Smith *et al.* 1995] e per la costruzione di uno strumento di misurazione della qualità della vita [WHO 1993]. Essa appare altrettanto promettente al fine di comprendere quelle aspettative e quei bisogni dei pazienti nei confronti di determinati aspetti dei servizi sanitari che altrimenti risulterebbe assai difficile far emergere: la discussione nell'ambito dei focus group con pazienti esperti dei servizi (eventualmente associata con una successiva mappatura dei concetti emersi elaborata al computer), può produrre un ampio ventaglio di indicatori di qualità dal punto di vista del paziente. Inoltre, un altro punto di forza fondamentale consiste nella possibilità di coinvolgere i cittadini sin dagli inizi nello sviluppo dello strumento di misurazione della qualità dei servizi. Il loro giudizio viene così a costituire un fattore di ponderazione della valutazione della performance come parte integrante della più generale valutazione di qualità.

La seconda proposta riguarda invece un altro limite della maggior parte dei questionari di *customer satisfaction*: essi risultano infatti spesso centrati esclusivamente su di un concetto generico di qualità e non su fattori specifici correlati alla condizione di salute del paziente. Se tale concetto generico di qualità può apparire più adatto per *survey* di popolazione sull'immagine dei servizi, esso nega la specificità dei bisogni e delle esperienze di particolari caratteristiche di pazienti, specie se cronici, disabili o anziani. Operazionalizzare non soltanto le variabili di carattere generale ma anche quelle specifiche per particolari categorie di pazienti diventa quindi indispensabile per riuscire a cogliere la reale portata della qualità dei servizi come da essi effettivamente percepita.

La componente di *importanza* della formula viene invece misurata in base ad una classificazione di rilevanza dei diversi aspetti dell'assistenza²⁰

20. La classificazione di rilevanza avviene attribuendo un ordine di importanza alle diverse variabili considerate: benché probabilmente più ricca di informazioni, tale procedura appare più dispendiosa in termini temporali e del tutto inapplicabile quando gli items considerati siano in numero superiore a 20.

o mediante l'applicazione di scale Likert²¹. Da ultimo, i ricercatori olandesi discutono una serie di problematiche connesse con le variabili associate alle differenze individuali dei soggetti. Tali variabili vengono suddivise in tre diverse categorie: caratteristiche socio-demografiche, caratteristiche relative al profilo sanitario del paziente e atteggiamenti e intenzioni di comportamento. È noto da diversi studi [Fox e Storm 1981; Weiss 1988] che la correlazione fra variabili socio-demografiche e giudizio di valutazione appare per lo meno controversa: quando tale correlazione viene rilevata, essa può essere sia positiva che negativa e, comunque, la sua ampiezza è generalmente limitata [Hall e Dornan 1990]²². Per quanto riguarda poi il profilo sanitario del paziente ed il suo stato di salute, alcuni studi [Weiss 1988; Carr-Hill 1992] hanno evidenziato una correlazione fra basso grado di salute e situazione di cronicità da una parte e valutazione negativa dall'altra. Tale risultato sembra tuttavia contraddire quello rilevato da altri ricercatori [Ware *et al.* 1978], per i quali un maggior utilizzo dei servizi sanitari è in genere associato con un maggior grado di soddisfazione. In realtà, come evidenzia uno studio a due livelli effettuato dagli stessi ricercatori olandesi relativo ai medici di famiglia [Sixma *et al.* 1998], la relazione tra frequenza di utilizzo dei servizi e grado di soddisfazione è probabilmente spuria, in quanto mediata dagli indicatori di morbidità relativi allo stato di salute del paziente. Infine, il giudizio di valutazione del paziente può essere influenzato da fattori quali l'atteggiamento verso i servizi sanitari in generale e gli operatori in particolare. Weiss [1988] riporta, ad esempio, che i tassi di soddisfazione sono positivamente influenzati dalla fiducia nel sistema sanitario; anche la continuità delle cure ha la sua importanza, dal momento più alti tassi di soddisfazione risultano associati a pazienti trattati regolarmente dagli stessi operatori [Pascoe *et al.* 1983; Hall e Dornan 1988a]. Quest'ultima relazione positiva può essere spiegata in termini di familiarità, anche se una spiegazione alternativa potrebbe essere che la correlazione è alta perché i pazienti insoddisfatti sono scomparsi. Dati quindi i risultati non sempre coerenti fra le

21. Le scale Likert sono probabilmente lo strumento più economico per ottenere una gradazione d'importanza dal punto di vista del paziente; poiché, tuttavia, esse tendono ordinariamente in ambito sanitario a risultare altamente sbilanciate verso la dimensione di "importanza", i ricercatori olandesi propongono di differenziare maggiormente il lato positivo del continuum della scala: in uno studio-pilota, essi utilizzano ad esempio una scala con possibilità di risposta del tipo "non importante" (punti 0), "adeguatamente importante" (3), "importante" (6), "estremamente importante" (10).

22. Sulla base della meta-analisi di 110 studi utilizzando variabili socio-demografiche in relazione alla soddisfazione del paziente, i risultati dei due autori indicano che un grado di soddisfazione maggiore è in genere significativamente associato con un'età più avanzata ($r = 0.13$), con un basso livello d'istruzione ($r = -0.03$): ma come si può vedere, l'ampiezza della correlazioni è davvero limitata.

diverse ricerche e la modesta ampiezza delle correlazioni rilevate, le variabili individuali che Sixma e i suoi colleghi suggeriscono comunque di includere nella valutazione sono tre: l'età, il livello di istruzione e lo stato di salute del paziente.

Sulla base del quadro di riferimento concettuale indicato, i ricercatori olandesi hanno sviluppato quattro diversi strumenti adattati sulla base di altrettante categorie di pazienti: pazienti generici dei medici di famiglia, pazienti reumatici, disabili in fisioterapia e anziani in assistenza domiciliare. Essi sono stati utilizzati sia per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria dal punto di vista del paziente sia per avviare programmi di miglioramento continuo della qualità dei servizi sulla base dei risultati ottenuti. La loro utilità da quest'ultimo punto di vista è evidenziata dal fatto di consentire la rilevazione, attraverso la valutazione di performance basata su resoconti di esperienza, dei diversi aspetti dell'assistenza sanitaria, consentendo una valutazione multidimensionale che meglio riflette il giudizio del paziente piuttosto che un generico giudizio di soddisfazione. Essi ritengono che gli strumenti da essi elaborati possano essere proposti anche in altri contesti nazionali, previo un adeguato processo di validazione transculturale.

6. L'approccio etnografico: la prospettiva profana

Una seconda strada percorribile per andare oltre i limiti del modello tradizionale di *customer satisfaction* è quella dell'approccio etnografico proposto, fra gli altri, da Michael Calnan, Jonathan Gabe, Vand den Berg e dagli altri ricercatori del Gruppo di lavoro OMS - Regione europea sulla *consumer satisfaction* nell'assistenza sanitaria. Tale approccio nasce da un uso non più subordinato e puramente preliminare – com'è ancora proprio del precedente approccio – delle metodologie qualitative rispetto a quelle quantitative. Il punto di partenza è una critica radicale dei metodi fondati sulla *survey*, considerati come strutturalmente inadeguati a rilevare la qualità con gli occhi del cittadino, la "prospettiva profana" (*lay perspective*) come viene definita [Williams 1983; Calnan 1987]. Contrariamente a quanto sostenuto implicitamente o esplicitamente da molti studi di *customer satisfaction*, in base ai quali il profano non avrebbe le competenze per valutare gli aspetti più tecnico-clinici dell'assistenza sanitaria, si ritiene infatti che egli sia perfettamente in grado di valutare anche tali aspetti: ma lo fa sulla base di criteri diversi da quelli utilizzati dal professionista e dall'organizzazione sanitaria. Criteri che non coincidono con quelli della razionalità biomedica, ma che sono indispensabili per comprendere i comportamenti del paziente nei termini propri della sua logica, delle sue cono-

scienze e convinzioni, strettamente connesse al contesto sociale ed alle circostanze temporali nei quali il soggetto svolge la sua vita quotidiana. Per cogliere tali criteri sono quindi necessari strumenti diversi dal classico questionario utilizzato per le *survey*: l'osservazione partecipante e l'intervista in profondità rappresentano due classici strumenti propri della metodologia etnografica utili a tale scopo. Il loro utilizzo non coincide, tuttavia, con una prospettiva teorica di tipo meramente microsociologico, quanto con un tentativo di identificare, a partire dall'osservazione del comportamento dei pazienti, le variabili di livello sia micro che macrosociologico che entrano in gioco nell'influenzare tale comportamento ed il suo conseguente giudizio di valutazione.

La prima di tali variabili è costituita dalle particolari *finalità* per cui il paziente o i suoi familiari cercano assistenza sanitaria in ogni specifico episodio di malattia. A monte di tali finalità sta tutta una varietà possibile di bisogni fisici, psicologici e sociali, che si traduce a valle in una domanda rivolta ai servizi sanitari sulla base della cui soddisfazione le loro risposte saranno valutate. Il concetto di *finalità* è un tentativo di superare la problematicità del concetto di *aspettative* che abbiamo evidenziato: mentre, come abbiamo visto, il paziente può non avere aspettative o averle piuttosto incerte e indefinite, nel momento in cui decide di rivolgersi ai servizi sanitari ha certamente delle ragioni che lo portano a cercare aiuto. Tali motivazioni coincidono con ciò che tradizionalmente si definisce *domanda espressa*, ovvero la traduzione di determinati bisogni in esplicita domanda al sistema sanitario.

La seconda variabile significativa nell'influenzare la prospettiva del paziente è costituita dal livello e dalla natura dell'*esperienza soggettiva* del malato e di coloro che compongono la rete sociale a lui più vicina) con i servizi sanitari. Incertezza e imprevedibilità rappresentano due elementi costitutivi di tale esperienza che impediscono di prevedere in anticipo con certezza cosa potrà accadere: ecco perché, come ben evidenziato da alcune ricerche [Fitzpatrick e Hopkins 1983], sarà l'esperienza stessa della malattia e della relazione con i servizi sanitari a forgiare le aspettative o a modificare significativamente le aspettative precedenti.

Oltre che dalle finalità e dalle esperienze specifiche, la prospettiva profana appare influenzata anche dagli *orientamenti di valore* e dalle *ideologie* di natura socio-politica su cui un sistema sanitario si fonda. Saranno queste a strutturare in modo generale le aspettative delle persone sulla base di tipi ideali, modelli di riferimento cui ispirarsi. Il ruolo assegnato allo stato o al mercato (assicurazioni, ospedali privati, ecc.) nell'organizzazione dei servizi sanitari, il concetto di salute come diritto o come bene di consumo, la scelta degli obiettivi del sistema in termini di equità piuttosto che di efficienza sono tutti esempi di quanta importanza tali valori e ideo-

logie posseggano nell'orientare quelle scelte di fondo la cui natura sociopolitica a livello macro come microsociologico non può essere nascosta dietro alcuna presunta ragione "oggettiva" o "empirica".

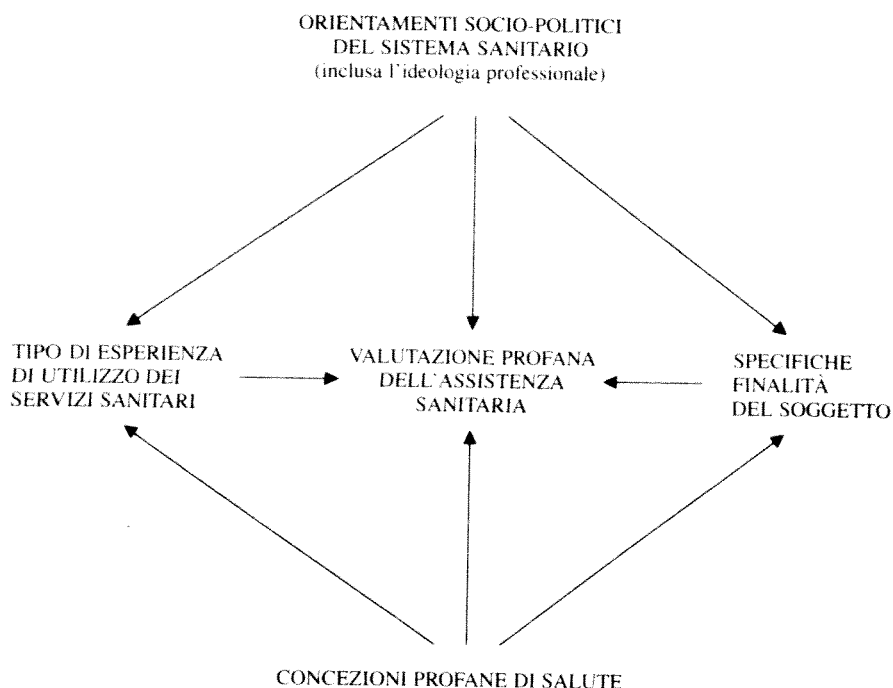
L'ultimo elemento chiave nell'influencare la valutazione del cittadino è rappresentato dalle *immagini profane di salute*: esse sono strettamente connesse al primo elemento relativo alle finalità, dal momento che le ragioni per cui i soggetti si rivolgono ai servizi sanitari sono evidentemente influenzate dalle loro idee relative alla malattia, dal modo in cui i problemi di salute vengono pensati, classificati, spiegati e conseguentemente agiti. Tali idee possono ovviamente presentarsi in modo piuttosto variegato in ciascuna società, specie se complessa e stratificata; e sono il risultato sia delle esperienze personali che del contesto sociale, culturale e professionale. Quel che è qui importante rilevare è che tali immagini struttureranno le aspettative dei soggetti relative a ciò che dovrebbero attendersi dai servizi sanitari e a come valutare i risultati conseguenti.

Un elemento sin qui assente da questo quadro di riferimento costitutivo dell'approccio etnografico alla prospettiva profana è rappresentato dalle caratteristiche socio-demografiche degli attori sociali: esse possono essere incluse, secondo Calnan, nel modello delineato come elementi di mediazione in quanto possono esercitare un'influenza su ciascuno delle quattro variabili indicate. Il quadro di riferimento generale che diviene così possibile tracciare per la definizione della prospettiva profana sulla valutazione di qualità dei servizi sanitari è sintetizzato nella fig. 7. Anche qui l'autore propone di sottoporre tale modello ad una verifica transnazionale che consenta di comparare il ruolo dei diversi fattori micro e macrosociologici indicati nell'influencare la valutazione profana dei servizi nei diversi tipi di sistema sanitario.

L'utilizzo della metodologia etnografica, sulla scia del quadro di riferimento proposto da Calnan, è stato particolarmente sviluppato nel contesto britannico, nel quale una forte tradizione di studi qualitativi è presente nella *Medical Sociology* sin dalla fine degli anni '60²³. Un primo filone di ricerche è quello definito come "etnografia politica" (*policy ethnography*), che ha prodotto una serie di interessanti studi combinanti l'osservazione partecipante, l'intervista in profondità e l'analisi documentaria per valutare quali conseguenze l'implementazione delle politiche di riforma del Na-

23. Le ragioni di tale alto profilo degli studi qualitativi nell'ambito della *Medical Sociology* sarebbero da ricercarsi, secondo Hughes [2000], in fattori storici quali l'affiliazione del Medical Sociology Group della British Sociological Association al Symposium Nazionale sulla Devianza, considerato un bastione dei metodi qualitativi; nonché all'influenza dell'interazionismo simbolico nordamericano e all'ampiezza di vedute dei direttori dei primi centri di ricerca medico-sociologica favorevoli a programmi metodologicamente integrati.

Fig. 7 - Un quadro di riferimento concettuale per analizzare la valutazione profana dell'assistenza sanitaria [Calnan 1988: 932]



tional Health Service da parte dei governi conservatori aveva prodotto a livello di ospedali, servizi territoriali e autorità sanitarie. Così alcune ricerche hanno cercato, soprattutto mediante interviste a testimoni privilegiati, di mettere a fuoco la visione delle conseguenze delle riforme in termini di qualità dei servizi attraverso gli occhi dei cittadini, mettendola quindi a confronto con quella dei manager e dei professionisti [Cox 1991].

Un altro filone è rappresentato dagli studi privilegianti l'osservazione partecipante quale strumento per rilevare l'esperienza del paziente con particolari ambiti sanitari [Mc Iver 1991]: mediante, ad esempio, la tenuta di appositi diari da parte del paziente o il suo accompagnamento da parte del ricercatore nei percorsi assistenziali seguiti (metodo evidentemente non sempre accettabile). È importante notare come questi studi abbiano consentito soprattutto di capire quali erano le priorità dei pazienti e di stabilire su quali criteri essi costruivano le proprie valutazioni dell'esperienza avuta.

Anche negli Stati Uniti l'utilizzo della metodologia etnografica ha prodotto un interessante filone di studi basato sull'"approccio narrativo": me-

diante l'analisi delle narrazioni di sofferenza e di malattia, esso sviluppa una interessante etnografia dell'esperienza interpersonale del malato [Kleinman e Kleinmann 1991] basata sulla trama del racconto. Una trama nella cui costruzione anche chi cura e assiste l'ammalato ha una parte importante, secondo quella "rete di prospettive" in grado di tesserne i fili molteplici. Utilizzato ai suoi esordi per una ricerca su di un gruppo di pazienti epilettici quale strumento per migliorarne la qualità dei trattamenti [Good e Del Vecchio-Good 1994], l'approccio narrativo ha poi trovato molteplici possibilità di applicazione²⁴, compreso il difficile ambito delle cure palliative al fine di valutare la qualità della vita (o forse meglio sarebbe dire la "qualità della morte") dei malati terminali in relazione alle terapie ricevute [Gordon e Paci 1996; Peruselli 1997]. I risultati di tali studi pionieristici hanno mostrato le potenzialità della cosiddetta *narrative-based medicine* per comprendere le aspettative del paziente e scoprire le dimensioni e i significati più importanti per lui/lei nell'interpretazione dei propri vissuti d'esperienza.

Certamente anche i metodi etnografici descritti hanno i propri limiti: primo fra tutti, il problema della rappresentatività dei soggetti selezionati nell'ambito della ricerca rispetto all'universo di riferimento. Anche il fatto che il loro utilizzo implichi una competenza assai maggiore di quella richiesta da una *survey* mediante la somministrazione di un questionario – compresa una notevole capacità di riflessione e auto-osservazione – e tempi di ricerca assai più dilatati, non consente illusioni su di una loro facile generalizzabilità, pena una loro banalizzazione sterilizzante. La trappola del realismo naïve che trasforma le rappresentazioni della realtà operate dal ricercatore in mere riproduzioni di essa secondo una presunta "naturalità" è sempre tesa [Hammersley 1992b]. Ma lo sforzo di comprendere la complessità dell'esperienza della malattia secondo una pluralità di punti di vista merita certamente il rischio, specie laddove in gioco è una sua valutazione finalizzata al miglioramento delle cure al di là di ogni approccio riduttivo e semplificatorio.

24. Il lettore italiano può consultare la recente traduzione del bel libro di Byron J. Good [1999]; per un approfondimento in merito, si veda il saggio di Antonio Maturo in questo stesso volume.