

Il cliente ha (quasi) sempre ragione: una nuova misura di soddisfazione specifica per il ricovero riabilitativo.

di Marcella Ottonello
ed Emilio Benevolo
mottonello@fsm.it

È possibile rilevare la soddisfazione del paziente in Riabilitazione? Se sì, in che modo? E ha senso misurarla direttamente se si dispone di altre misure correlate?

Sono tutte domande legittime cui occorre fornire risposte concrete quando si entra in una logica di miglioramento continuo di qualità dell'assistenza sanitaria. In ambito riabilitativo, tuttavia, i questionari che valutano la soddisfazione del paziente per il ricovero ospedaliero sono poco numerosi e sono a dir poco carenti le analisi che ne hanno determinato, o almeno valutato, le proprietà psicometriche. Una risposta pratica è stata recentemente offerta dal SAT – 16, un questionario che misura specificamente la soddisfazione del paziente in degenza riabilitativa (1). Esso consente sia di valutare la soddisfazione del paziente nei confronti dei servizi erogati, sia di verificare, grazie alla sua sensibilità ai cambiamenti, l'influenza di interventi correttivi mirati a ottenere dal paziente un più favorevole giudizio di soddisfazione nei confronti di aspetti specifici della degenza riabilitativa.

L'importanza attribuita alla *Customer satisfaction* nella valutazione dell'efficacia e della qualità dei prodotti sanitari erogati non è nuova. Essa si inserisce in quel sistema di indicatori definiti dal Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute) per misurare la qualità dell'assistenza.

Il questionario si ispira al modello proposto da un Atto legislativo del 1995 relativo alla "Carta dei servizi pubblici sanitari" (2). Tuttavia esso è stato adattato per l'utilizzo presso una struttura riabilitativa. Si è tenuto conto delle caratteristiche specifiche del servizio e dell'utenza. In Medicina riabilitativa, infatti, rivestono un ruolo fondamentale aspetti quali: le abilità motorio-funzionali del paziente, l'intensità e la qualità dei programmi di esercizio ed il rapporto con le varie figure professionali del team riabilitativo.

Le modifiche apportate al questionario ministeriale sono le seguenti:

- a. sono state aggiunte due voci, relative alla soddisfazione dei pazienti nei riguardi rispettivamente dell'assistenza e delle informazioni ricevute dai fisioterapisti (terapista della riabilitazione, terapista occupazionale e logopedista)
- b. la voce "relazioni umane nel reparto" è stata divisa in tre voci relative alle relazioni umane rispettivamente con il personale medico, infermieristico e fisioterapico
- c. è stata sostituita la voce originariamente denominata "pulizia nel reparto" con quella più articolata "pulizia ed igiene della stanza e del reparto"
- d. infine si sono raggruppate le voci "informazioni ricevute dai medici sulla diagnosi" e "informazioni ricevute dai medici sul decorso della malattia e delle cure" in una unica voce "informazioni ricevute dai medici su diagnosi, decorso e cure". Infatti diagnosi e prognosi sono più fortemente integrate nell'approccio riabilitativo.

Il questionario è molto semplice e di rapida compilazione. La versione finale è descritta dalla **Figura 1**.

Poiché è autocompilato esso ha anche il vantaggio, rispetto ad una classica intervista, di eliminare la variabilità connessa ai diversi rilevatori e di permettere l'anonimato.

La validità del questionario emerge da elaborate analisi statistico-psicometriche (1,3).

È interessante richiamare che il questionario fonde in una unica misura 5 diversi "fattori", definiti dagli Autori "cure mediche", cure infermieristiche, "cure fisioterapiche"; "alimentazione", "ambiente fisico e servizi accessori".

I sottopunteggi in queste diverse aree potrebbero quindi fornire utili indicatori per specifici interventi correttivi, ferma restando l'utilità del punteggio complessivo di soddisfazione.

Tuttavia la letteratura sembra imporre una domanda molto critica. È davvero utile misurare la soddisfazione? O non è piuttosto sufficiente misurare altre variabili di più diretta utilità clinica (per esempio, miglioramento delle condizioni bio-mediche, riduzione del livello di depressione, soddisfazione per la propria vita in generale, o altro) e dedurre la soddisfazione del paziente? Se la soddisfazione per le cure riflette soprattutto altre variabili si rischia di intervenire su bersagli sbagliati: per esempio migliorando aspetti alberghieri laddove servirebbe un intervento sulla

comunicazione della prognosi. Uno studio recente indica che la "soddisfazione per la vita in generale" influenza sì l'attitudine a essere soddisfatti anche della riabilitazione (4) ma in modo molto modesto. In comune queste due variabili avrebbero la caratteristica di riflettere la congruenza (5) fra aspettative e realizzazioni (per la vita in generale oppure, rispettivamente, rispetto all'esito funzionale delle cure) ma rappresenterebbero pur sempre variabili distinte. Secondo un altro lavoro appena pubblicato (6), anche l'esito funzionale (misurato in termini di punteggio sulla scala FIM-Functional Independence Measure) sembra influire sulla sensazione soggettiva di soddisfazione per la riabilitazione ma pur sempre in misura ridotta. La soddisfazione per le cure riabilitative sembra dunque dotata di una individualità sufficiente a meritare uno strumento di misura specifico. Per lo stesso motivo, tuttavia, non si può ridurre la misura di *outcome* alla sola soddisfazione dell'utente. Il paziente soffre di una ben nota "asimmetria informativa" fra cliente e fornitore: egli può giudicare con molta maggior competenza gli aspetti alberghieri rispetto a quelli tecnico-biomedici della cura. Dunque la soddisfazione del paziente deve essere sì un obiettivo dell'assistenza ma non può certo essere certo l'unico e nemmeno quello prioritario. Da ultimo occorre sottolineare che la soddisfazione del paziente non è soltanto un obiettivo gestionale: essa è anche un obiettivo clinico, soprattutto se – come è vero per l'esercizio terapeutico – motivazione e collaborazione del paziente sono ingredienti necessari o almeno utili del trattamento. Un paziente più soddisfatto sarà presumibilmente più disponibile a seguire le prescrizioni, non sempre comprensibili e non sempre piacevoli, che gli provengono dal personale di cura.

BIBLIOGRAFIA

- 1) FRANCHIGNONI F, BENEVOLO E, OTTONELLO M, TESIO L
Validazione di una scala di soddisfazione del paziente in degenza riabilitativa.
Minerva Med 1997; 88:237-44.
- 2) Ministero della Sanità. *Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari"*. Suppl. Ord. **G.U. n°125 del 31.5.1995**.

- 3) FRANCHIGNONI F, BENEVOLO E, OTTONELLO M, TESIO L, BATTAGLIA MA
Validità e affidabilità di un nuovo questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza riabilitativa.
Minerva Med 1998; 89: 57-64.
- 4) FRANCHIGNONI F, OTTONELLO M, BENEVOLO E, TESIO L
Satisfaction with hospital rehabilitation: is it related to life satisfaction, functional status, age or education?
J Rehab Med 2002 (in stampa).
- 5) SITZIA J, WOOD N
Patient satisfaction: a review of issues and concepts. **Soc Sci Med 1997**; 45: 1829-1843.
- 6) KENNETH J, GONZALES VA, SMITH PM, ILLIG SB, FIEDLER RC, GRANGER CV
Satisfaction with Medical Rehabilitation in Patients with Cerebrovascular Impairment. **Am J Phys Med Rehabil 2001**; 80,12: 876-84. ■

Fig. 1

SAT-16 – Questionario di soddisfazione per il ricovero riabilitativo
Fondazione Salvatore Maugeri, Centro Medico di Genova-Nervi
(da Franchignoni FP et al. 1997)

Voce del questionario* (Che cosa pensa del suo ricovero rispetto a: ?)	Media (mediana)	Fattori di soddisfazione	Gran media per singolo fattore
1. Assistenza medica	3.78 (4)	Cure mediche	3.70
4. Informazioni ricevute dai medici su diagnosi, decorso e cure	3.68 (4)		
7. Relazioni umane con il personale medico	3.63 (4)		
2. Assistenza infermieristica	3.58 (4)	Cure infermieristiche	3.55
5. Informazioni ricevute da caposala e infermieri professionali	3.56 (4)		
8. Relazioni umane con il personale infermieristico	3.51 (4)		
3. Assistenza fisioterapica	3.70 (4)	Cure fisioterapiche	3.69
6. Informazioni ricevute dai fisioterapisti	3.72 (4)		
9. Relazioni umane con i fisioterapisti	3.64(4)		
10. Pulizia ed igiene della stanza e del reparto	3.38 (4)	Ambiente fisico e servizi accessori	3.38
11. Ambiente e comfort (arredamento, tranquillità, ecc.)	3.56 (4)		
12. Orario ed organizzazione delle visite di reparto	3.44 (4)		
16. Disponibilità di servizi accessori (telefoni, bibite, ecc.)	3.12 (3)	Alimentazione	3.42
13. Cibo : Qualità	3.42 (4)		
14. Cibo : Quantità	3.51 (4)		
15. Cibo : Orario dei pasti	3.32 (3)		
Aspetti positivi			
Aspetti negativi			
Suggerimenti			

* per ogni voce il paziente deve barrare una delle seguenti 4 opzioni:

- 1 = molto insoddisfatto
2 = abbastanza insoddisfatto
3 = abbastanza soddisfatto
4 = molto soddisfatto

I punteggi sono tratti da 131 questionari restituiti da 175 pazienti ricoverati in una Unità Operativa ospedaliera di riabilitazione, a seguito di menomazione neurologica od ortopedica. Nei giorni immediatamente precedenti la dimissione il paziente deve rispondere alle voci a risposta "chiusa" sbarrando per ciascuna domanda un quadrato corrispondente ad uno dei quattro livelli ordinali di soddisfazione previsti. Tutte le domande sono riferite all'episodio di ricovero in corso. Nella seconda colonna vengono forniti i valori medi e mediani delle risposte alle singole voci del questionario. Nella quinta colonna da sinistra vengono dati i valori medi sull'insieme delle risposte alle diverse voci che confluiscono nei "fattori" (terza colonna da sinistra) individuati con apposite procedure statistiche (analisi fattoriale con rotazione ortogonale). La numerazione delle singole voci si riferisce alla sequenza con cui le stesse voci vengono proposte nel questionario. La parte inferiore del questionario prevede risposte "aperte" con commenti liberi.