

Con gli occhi dell'assistito

Dove, come e perché le organizzazioni sanitarie dovrebbero migliorare l'attenzione alle persone, attraverso la filosofia della *lean organization*

di Annalisa Pennini

Direttore Scientifico, FORMAT sas

La soddisfazione della persona assistita

La soddisfazione delle persone che vengono assistite dai sistemi sanitari è considerata ormai, sia nella letteratura che nella pratica clinico-gestionale, un importante indicatore di qualità (Zimmerman, 2001; Tomlinson e Clifford, 2006). Donabedian (1988) affermava che la soddisfazione delle persone assistite può essere considerata un elemento integrante dello stato di salute e una componente fondamentale delle misurazioni di qualità.

La soddisfazione è stata definita come la risposta globale della persona alla sua esperienza di assistenza sanitaria nel suo insieme e in relazione a particolari aspetti, quali le cure mediche, l'assistenza infermieristica, i processi di ammissione e dimissione (Doran, 2013). Risulta rilevante, all'interno di queste concettualizzazioni, lo scarto o la corrispondenza fra l'atteso e ciò che effettivamente le persone hanno ricevuto durante l'esperienza nell'ambiente sanitario.

Quando le aspettative non vengono rispettate, la persona ha la percezione di insoddisfazione e di scarsa qualità del servizio ricevuto. Vi sono tuttora problemi di misurazione e di valutazione di queste variabili, in quanto sono poche le descrizioni concettuali ben sviluppate in letteratura (Sitzia e Wood, 1997; Thomas e Bond, 1996). Anche gli strumenti non sono sempre completi, affidabili e validi. Sono molte le misurazioni locali che, pur riflettendo l'esperienza del luogo e rappresentando una ricchezza, non consentono standardizzazioni su larga scala e comparazioni coerenti. La soddisfazione ha in sé aspetti soggettivi ed emotivi che sono parte integrante dell'esperienza personale. Riferendosi in particolare all'assistenza infermieristica, Eriksen (1995) ha definito la soddisfazione della persona come *"la valutazione soggettiva dei pazienti e la risposta cognitiva-emotiva che deriva dall'interazione tra le aspettative dei pazienti nei confronti dell'assistenza infermieristica e la loro percezione dei comportamenti e caratteristiche dell'infermiere"*. Diversi autori sostengono che l'e-

sperienza è globale, generale, affettiva e meno focalizzata su specifici aspetti, razionale, specifica. Un dibattito è relativo alla distinzione fra soddisfazione e percezione rispetto alla qualità delle cure (Cronin e Taylor, 1992; Taylor, 1994). I due concetti sono correlati, ma in realtà contengono delle differenze e andrebbero misurati separatamente (Doran, 2013). La soddisfazione è intesa come la mediana tra la percezione di un servizio di qualità e le intenzioni di utilizzare ancora il servizio in futuro o di raccomandarlo ad altri. Secondo Taylor (1994), la qualità percepita è un atteggiamento a lungo termine, mentre la soddisfazione è una risposta a breve termine, relativa a un'esperienza specifica. Misurare i due concetti in maniera separata potrebbe consentire, a chi si occupa di *marketing* sanitario, di impegnarsi in strategie più efficaci.

A seguito di queste premesse, quali sono gli elementi importanti per le persone assistite che fanno esperienza all'interno di un sistema sanitario? Nelle prossime righe si cercherà di sintetizzarne alcuni.

Vedere con gli occhi delle persone che accedono ai servizi sanitari

Molte volte si è sentito dire che per misurare veramente la qualità di un servizio bisogna mettersi nei panni di chi ne usufruisce, indossare, quindi, gli occhiali del cliente. Con queste affermazioni si coglie la necessità di adottare un nuovo punto di vista, ma va riconosciuto che non esiste un unico punto di vista, ma tanti. La soggettività, la multidimensionalità e la dinamicità sono elementi centrali della qualità, e sono sostenuti da fattori, quali: l'età, il sesso, il *background* culturale e valoriale, il supporto familiare o sociale, il problema di salute, le aspettative, ecc.

Pur non potendo, in questa sede, proporre un quadro esaustivo della letteratura e dei fattori che influiscono sulla qualità dei servizi sanitari, è opportuno ricordare quali siano le componenti della qualità dell'assistenza sanitaria. Prendendo come riferimento il quadro teorico di Dona-

bedian (2010), componenti fondamentali della qualità sono: l'efficacia teorica, l'efficacia pratica, l'efficienza, l'*optimality*, l'accettabilità, la legittimità, l'equità. Ai fini di questo contributo, ci si soffermerà sul concetto di accettabilità, per gettare le basi per lo sviluppo del tema "vedere con gli occhi di chi accede ai servizi".

L'accettabilità può essere definita come la conformità ad aspirazioni, desideri e attese di pazienti e delle loro famiglie (Donabedian, 2010). Fra gli elementi dell'accettabilità, è qui rilevante il riferimento all'accessibilità. È un concetto che comprende diversi fattori e variabili, ma che può essere sintetizzato come la facilità con cui una persona può ottenere assistenza (Donabedian, 2010). Sono importanti alcuni elementi, quali gli spazi, le distanze dalla sede del servizio, ma anche quelli all'interno delle strutture come gli orari, la disponibilità dei mezzi di trasporto, e altro ancora. È aperto il dibattito rispetto al fatto che questi aspetti siano davvero elementi della qualità dell'assistenza sanitaria, oppure solo accessori o attributi aggiuntivi. A prescindere dalle singole posizioni, è indiscutibile che per le persone questi aspetti sono molto importanti. È nel loro interesse avere il servizio in tempi rapidi, vicino al proprio domicilio, accedere senza troppi ostacoli, trovare il servizio con una cartellonistica adeguata o con operatori che facilitino il flusso fornendo informazioni pertinenti, poter usufruire di servizi di ristoro, ecc.: un percorso "facile" e confortevole, che stemperi le difficoltà già di per sé legate al problema di salute proprio o di un familiare o persona significativa. Ancora Donabedian, li ha denominati *amenities of care*, intesi come comodità e *comfort*. Li ha collocati, in una ipotetica figura a cerchi concentrici, a una certa distanza dalla transazione sanitaria vera e propria, che vede in prima linea i professionisti clinici, in quanto afferma che le *amenities* dipendono, per lo più, da fattori che non sono sottoposti al diretto controllo. È pur vero che sono le funzioni gestionali quelle che sono maggiormente implicate alla creazione e mantenimento di questi *comfort*; però, oggi, sempre più, anche chi è impegnato sul fronte clinico può contribuire in modo rilevante a sviluppare questi aspetti.

Non sempre l'attenzione dell'azienda o ente sanitario è alta su questi aspetti, non di rado considerati secondari rispetto all'essenziale, ovvero alla clinica appropriata ed efficace o agli aspetti più tecnici e tecnologici.

Però chiunque abbia sperimentato, in prima persona, ritardi, sovrapposizioni, informazioni poco chiare, e altro ancora, sa quanto importanti siano e come influiscano anche sul percorso di cura e sull'aderenza al trattamento.

Alcuni esempi:

- persone in attesa per una prestazione prenotata per la stessa ora, anche se ne usufruiranno a scaglioni nell'arco di qualche ora;
- doppi "giri" per ottenere informazioni o prestazioni o per riitare referti;
- cartellonistiche con informazioni errate, imprecise o superate, e mai aggiornate;

- mancanza di informazioni all'esterno delle aree di attesa, che inducono le persone a chiedere informazioni a passanti o a bussare alla porta del servizio per comprendere se si sta facendo la cosa giusta;
- indicazioni prive di logica pratica, come "gli orari di prenotazione sono indicativi";
- mancanza di indicazioni circa i tempi di attesa, come accade spesso nei Pronto Soccorso.

Dietro a questi esempi, ce ne sono molti altri, come le informazioni verbali frettolose, gli ambienti poco accoglienti, con arredi vecchi e accostati malamente; ammassi di oggetti e foglietti con informazioni posizionate in modo stratificato spazio-temporale, poco utili a chiunque, operatori e persone assistite. Tutti indicatori di processi gestiti più per abitudine che con attenta riflessione a cosa si prova a vivere veramente quel servizio.

Quando vi sono (e ci sono!) esperienze positive, percorsi snelli, tempi gestiti, informazioni chiare e pertinenti, quasi ci si stupisce. Eppure è patrimonio ed esperienza di tutti che nelle organizzazioni di altro genere, ad esempio quelle commerciali, queste variabili funzionano, pena la sopravvivenza dell'organizzazione stessa. Si potrebbe argomentare che la Sanità non è un supermercato – ed è senz'altro vero e condivisibile – ma non è più concepibile che oggi, nel nostro mondo così moderno, le persone debbano sopportare disagi e *discomfort* quando non possono scegliere se sottoporsi o meno alle cure sanitarie.

Cosa possono fare le organizzazioni sanitarie per semplificare i processi, ottimizzare spazi, assicurare il *comfort*, aspetti così importanti per le persone? Alcune ipotesi sono descritte nel prossimo paragrafo.

La filosofia della *lean organization* per migliorare l'attenzione alle persone: cosa possono fare le organizzazioni sanitarie

La filosofia della *lean organization* sta entrando in modo rilevante nelle organizzazioni sanitarie, dopo la sua storia, ormai consolidata, nelle organizzazioni produttive. *Lean* significa snello e, rispetto a quanto argomentato più sopra, va inteso come riduzione di sprechi e sovrapposizioni che, oltre ad aumentare i costi, diminuiscono la soddisfazione delle persone assistite, danno evidenza del valore insito nelle attività, ridisegnano i flussi di attività, rivedono le relazioni, i rapporti, le integrazioni.

I principi della *lean organization* vengono fatti risalire agli anni '50 in Giappone all'interno della produzione industriale, riconducibile alla casa automobilistica Toyota. Il movimento nacque a seguito della crisi economica successiva alla seconda guerra mondiale, dove si dovette "inventare" un nuovo modo di intendere la produzione. Questo nuovo modo è fondamentalmente un insieme di principi, metodi e strumenti per gestire i processi all'interno delle organizzazioni, con lo scopo di accrescere il valore percepito dal cliente finale, di ridurre in modo costante e siste-

matico gli sprechi, di coinvolgere e motivare realmente le persone al miglioramento continuo (Pennini, 2013). Il modello giapponese si è collocato, in prima battuta, nel suo contesto nazionale per poi trovare un respiro internazionale e una successiva concettualizzazione americana negli anni '80 (Massachusetts Institute of Technology), che lo ha denominato *Toyota System Production*, rendendolo universale. Oggi il sistema è utilizzato sia nelle aziende di produzione sia nei servizi, pubblici a privati, e ha superato il fisiologico scetticismo sulla sua esportabilità sia dal Giappone che dai contesti produttivi automobilistici.

I problemi organizzativi, che possono essere affrontati e migliorati con la filosofia *lean* e che hanno in impatto rilevante sul cliente finale, sono ad esempio (Jones e Mitchell, 2006):

- responsabilità non definite in modo chiaro;
- errori difficilmente localizzabili;
- processi non collegati tra loro;
- creazione di lavoro non necessario;
- problemi non risolti e conseguente frustrazione diffusa.

Questi problemi, anche se non identificati con chiarezza dalla persona assistita, si rendono visibili nelle situazioni precedentemente descritte: incongruenze, ripetizioni, sovrapposizioni, omissioni e ritardi a causa di un mancato o carente collegamento fra i processi; o ancora ingorghi, ritardi e disagi dovuti a passaggi, decisioni, percorsi e informazioni che, se non fluiscono correttamente all'interno di uno o più processi, creano lavoro inutile e nessun valore aggiunto al cliente finale. Nella filosofia *lean*, il valore è definito dal punto di vista del cliente e tutto ciò che non porta valore al cliente è uno spreco. Mettere a flusso il valore significa ridurre le interruzioni, allineare tempi e spazi, offrendo informazioni, materiali e risorse esattamente nel momento e luogo in cui vengono richieste. Per fare questo è necessario ripartire dal motivo di base per cui quella organizzazione esiste, cioè la creazione di un valore aggiunto (Nicosia, 2010).

Anche se sembrano concetti ovvi per chi lavora in Sanità, si è potuto osservare che il valore rischia di perdersi nella quotidianità, nel carico di lavoro, nelle abitudini che soffocano la riflessione continua su cosa significhi produrlo ogni giorno, anche nei piccoli gesti. Secondo l'ottica *lean*, circa il 90% di tutto ciò che viene fatto, in qualsiasi organizzazione, non dà valore aggiunto. Alcune attività non possono essere eliminate, come talune prassi amministrative, mentre molte altre attività, inserite nei flussi dei processi e che non aggiungono valore, potrebbero essere eliminate o riorganizzate.

Così come il valore, anche la percezione del flusso che la persona assistita percorre per avere il servizio di cui necessita è un altro concetto che rischia di essere sfuggibile, poco visibile. Il flusso è anche la velocità, il tempo di percorrenza di un processo vissuto dal cliente. Come ricorda Nicosia (2010): "Perché sottraiamo al paziente il suo tempo con tanta non curanza? Eppure il tempo è un valore che anche individualmente ha valenze altissime".

Quindi siamo in presenza di tre concetti collegati: valore, flusso, spreco. Anche lo spreco è sotto gli occhi di chi lavora, ma non sempre si riesce a vederlo. È più facile pensare allo spreco come l'utilizzo eccessivo o non appropriato di materiali, farmaci e attrezzature, che non come allo spreco nascosto nei processi. Sono sprechi le attese inutili, gli spazi mal utilizzati, le informazioni non date al momento opportuno, gli errori, e altro ancora.

Le organizzazioni, affrontando alla radice le cause di problemi e difetti, potrebbero evitare o ridurre gli sprechi, creare valore orientandosi al cliente e migliorare i flussi. Fra le possibilità per implementare e mantenere un sistema *lean* citiamo:

1. comprendere e riflettere sul concetto di valore;
2. collocare il valore dentro ai processi, nel flusso delle attività;
3. imparare a vedere gli sprechi all'interno delle attività nei processi.

Diversi sono i metodi e le tecniche che possono essere utilizzati e che qui non possono essere trattati con interezza. Ad esempio può essere utile la tecnica del *one piece flow* (un pezzo alla volta), utile per evitare i "colli di bottiglia", ovvero le già citate attese dei pazienti. Ogni persona viene inserita nel processo a orari precisi, calcolando il tempo di percorrenza nel sistema e i tempi accessori (*takt time*). Un'altra tecnica operativa è denominata delle "5S", dalle iniziali di 5 parole giapponesi: *Seiri* (scegliere e separare); *Seiton* (sistemare, ordinare); *Seiso* (pulire); *Seiketsu* (standardizzare); *Shitsuke* (rispettare, seguire le regole). La tecnica è utile per organizzare le postazioni di lavoro e i luoghi fisici dove avvengono le attività. Rimuovere ciò che non serve riduce le interferenze, i tempi per "cercare le cose", i movimenti inutili. Definire *standard* di processo e di attività diminuisce la variabilità individuale e rende sistematico il lavoro.

In tutte queste indicazioni sul "come fare", è sotteso l'elemento più importante, che è il fondamento del sistema *lean*: il valore, inteso come valore per il cliente, che deve essere davvero al centro dei processi, ma anche dei professionisti, che devono essere coinvolti in prima persona nel cambiamento.

Bibliografia

CHIARINI A., *Lean Organization for Excellence*, FrancoAngeli, Milano, 2010.

CRONIN J.J., TAYLOR S.A., *Measuring service quality: a reexamination and extension*, in *Journal of Marketing*, 1992, 53(3), 55.

DORAN D.M., *Nursing outcomes. Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche*, McGraw-Hill, 2013, p. 252.

DONABEDIAN A., *Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means*, in *Inquiry*, 1988, 25, 173-219.

DONABEDIAN A., *Il Maestro e le margherite. La qualità dell'assistenza sanitaria secondo Avedis Donabedian*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2010.

ERIKSEN L.R., *Patient satisfaction with nursing care: Concept satisfaction*, in *Journal Of Nursing Measurement*, 1995, 3, 59-76.

JONES D. e MITCHELL A., *Lean thinking for the NHS, Lean Enterprise Academy UK*, 2006, tradotto in italiano da Maria Teresa Mechi.

NICOSIA F., *Il nuovo ospedale è snello. Far funzionare gli ospedali con il Lean Healthcare: consigli pratici e sostenibilità*, FrancoAngeli, Milano, 2010.

NICOSIA P.G. e NICOSIA F., *Tecniche lean in sanità*, FrancoAngeli, Milano, 2008.

PENNINI A., *Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, 2013.

SITZIA J. e WOOD N., *Patient Satisfaction: A review of issues and concepts*, in *Social Science and Medicine*, 45, 1892-1843, 1997.

TAYLOR S.A., *Distinguishing service quality from patient satisfaction in developing health care marketing strategies*, in *Hospital and Health Services Administration*, 39, 221-236, 1994.

THOMAS L.H. e BOND S., *Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990-1994*, in *Journal of Advanced Nursing*, 23, 747-756.

TOMLINSON J.S. e CLIFFORD Y.K., *Patient satisfaction: An increasingly important measure of quality*, in *Annals Surgical Oncology*, 13(6), 764-765, 2006.

WAKAMATSU Y., *I 10 insegnamenti di Taiichi Ono*, FrancoAngeli, Milano, 2011.

WOODSIDE A.G., FREY L.L. e DALY R.T., *Linking service quality, customer satisfaction, and behavioral intention*, in *Journal of Health Care Marketing*, 9(4), 5-17, 1989.

ZIMMERMAN P., *The problems with healthcare customer satisfaction surveys*, in J.M. DOCHTERMAN & H.K. GRACE, *Current issues in nursing* (6th ed., pp. 255-260), St. Louis, MO: Mosby, 2001.