

Modelli di analisi della soddisfazione

Alessandro Castegnaro

La necessità di un bilancio

È passato un certo numero di anni da quando disposizioni normative e opzioni culturali «orientate al cliente-utente», diffuse dal settore privato e da contesti di mercato all'interno dei servizi pubblici, hanno dato vita a una serie di esperienze di misurazione-valutazione della soddisfazione degli utenti.

**La resistibile
ascesa delle
indagini di
soddisfazione**

Si tratta di pratiche di ricerca che si sono affermate, ma solo parzialmente, facendosi largo tra molti dubbi e perplessità circa la loro utilità, effettiva capacità conoscitiva, affidabilità scientifica, a cui chi ha lavorato in questo campo ha cercato in qualche modo di dare delle risposte, in parte convinto della possibile utilità di questo tipo di indagini, in parte egli stesso incuriosito di verificarne le potenzialità e l'effettiva utilità; spesso, diviso tra la convinzione che rivolgersi direttamente ai fruitori dei servizi sia azione utile, doverosa, persino obbligata dove mancano altri criteri di valutazione, e la consapevolezza dei limiti di quanto si andava facendo.

Pare oggi utile e forse anche necessario fare il punto su queste esperienze, da diversi punti di vista.

**Domande
per un bilancio**

- Occorre chiedersi, innanzitutto, quanto diffuse esse siano e dove si siano affermate, in quali settori della pubblica amministrazione, in quali aree del Paese.

- Occorre confrontare sotto il profilo metodologico i diversi modelli di analisi impiegati: quali scopi ci si proponeva? Quali strategie di indagine permettono di raggiungere risultati sicuri? Quanta attenzione si presta al problema dell'affidabilità dei risultati?

- Quale è l'effettivo apporto conoscitivo, e dunque l'utilità a fini di miglioramento del servizio, che le indagini sulla soddisfazione possono dare, a quali condizioni e, prima ancora, se e in che misura i promotori di queste indagini sono seriamente interessati a ottenere un apporto conoscitivo. Le indagini sulla soddisfazione, infatti, rischiano di passare senza colpo ferire da una fase in cui venivano viste con sospetto perché se ne aveva paura, a una fase in cui sono promosse (quando lo sono) perché servono a legittimare il *management* e l'istituzione che le avvia, a un'altra fase ancora in cui possono essere trascurate (si facciano o meno) tanto i loro risultati possono sembrare e in qualche caso essere pleonastici.

- Nei limiti in cui comunque diversi approcci possono offrire significativi risultati conoscitivi, è necessario interrogarsi sul grado di utilizzo delle nuove conoscenze acquisite e chiedersi da parte di chi esse sono acquisite.

- Appare necessario mettere a fuoco le specificità che contraddistinguono il contesto delle indagini sulla soddisfazione condotte nei servizi pubblici – nei servizi sociosanitari in particolare – e che le differenziano fortemente, a mio avviso, da indagini analoghe condotte sul mercato privato dei servizi. E valutare in quali contesti e a quali condizioni l'analisi della soddisfazione può avere un senso e un'utilità. Non escludendo a priori la possibilità che, in certi contesti di servizio, un certo tipo di indagini, almeno, possa rivestire un'utilità così modesta da sconsigliarne il ricorso.

- Si deve infine cercare di collocare la valutazione della soddisfazione rispetto alle più ampie strategie di valutazione dell'efficacia e della qualità. Che cosa apporta alla valutazione dell'efficacia e della qualità la conside-

Un'attività
conoscitiva

razione del punto di vista apertamente soggettivo degli utenti, ma anche di altri *stakeholder* (i familiari, gli stessi operatori dei servizi)?

Prima però di entrare nel merito delle esperienze fin qui condotte, è necessario sgombrare il campo – se possibile – da alcune questioni preliminari che hanno a che fare con la definizione dell'oggetto di indagine, con le dinamiche che lo influenzano, con la sua «afferibilità» conoscitiva. Questioni che muovono dalla considerazione – solo apparentemente pleonastica – che ciò di cui ci occupiamo è propriamente un'attività conoscitiva. Non è *marketing*, non sono pubbliche relazioni ecc., anche se può servire al *marketing*, alle pubbliche relazioni, al miglioramento dell'immagine del servizio...

Dati puramente soggettivi?

Il pregiudizio
dell'utente
incompetente

Innanzitutto, è da considerare l'obiezione secondo cui queste indagini sono «ontologicamente» inaffidabili perché la soddisfazione degli utenti è qualcosa di talmente soggettivo e aleatorio da renderne poco utile la considerazione. E ciò accade perché in definitiva l'utente non è in grado di valutare. Un pregiudizio, questo, particolarmente pesante in alcuni comparti, come ad esempio quello psichiatrico. Tali indagini, dunque, per la natura stessa del loro oggetto di ricerca non servirebbero a valutare la qualità.

Naturalmente, se così fosse, se le critiche di soggettivismo e di aleatorietà, così radicalmente espresse, fossero fondate, ben poco resterebbe in piedi delle indagini d'opinione nel loro insieme. È possibile ricordare, a questo proposito, che è molto difficile parlare della qualità in termini puramente oggettivi. Persino il dibattito filosofico sul concetto di qualità si è a lungo soffermato su questo. Perché diciamo che un bosco è «tenebroso», o «riposante», o «ridente»? In realtà abbiamo sempre a che fare con giudizi-valutazioni sulla qualità.

Qualità come
questione di punti
di vista e di metodi

La definizione della qualità, in altre parole, è una questione di punti di vista e di metodi. Quella che riteniamo essere la qualità in senso «oggettivo» è il prodot-

to del giudizio di un particolare gruppo di operatori: la comunità scientifica, i professionisti di un determinato settore, i quali, applicando certi metodi ritenuti rigorosi, arrivano a concludere che la qualità di una prestazione è elevata perché, ad esempio, sembra aver conseguito certi risultati, o perché è stata erogata in modo corretto, secondo certi standard elaborati in base a procedure formalizzate. Ma poi vediamo inesorabilmente intervenire il parere di altri personaggi, dell'utente in particolare, ma anche degli stessi operatori, che possono condividere o non condividere quelle valutazioni, che esprimono perplessità e appaiono difficilmente vincibili circa il loro presunto «errore».

Intuiamo dunque abbastanza facilmente che ci sono, nel concetto di «qualità», due aspetti fondamentali, riconducibili l'uno al prodotto-servizio in se stesso e l'altro al rapporto tra una particolare categoria di soggetti (gli utenti, gli esperti ecc.) e il prodotto-servizio. Il prodotto-servizio non è conoscibile direttamente ma solo indirettamente, attraverso questi soggetti.

Il peso crescente dell'utente

In questo quadro, una certa crisi della presunzione di autosufficienza del metodo scientifico da un lato (razionalità limitata) e la posizione di maggior forza dell'utente dall'altro (possibilità crescente di *voice*, di *exit* e di rivolta fiscale...) hanno dato negli ultimi tempi al giudizio dell'utente un peso maggiore nel valutare i servizi e ciò che essi producono.

La qualità di un servizio sembra dunque essere (sempre più...) il risultato di dimensioni che potremmo classificare in «oggettivabili» (più che «oggettive»), utilizzando certi metodi rigorosi e riconosciuti dalla comunità scientifica o professionale¹, e di valutazioni apertamente soggettive espresse dagli utenti e da altri soggetti, come ad esempio le organizzazioni dei cittadini utenti. Il fatto che siano soggettive non le rende meno reali. Probabilmente si può convenire sull'idea che è saggio prestare attenzione a entrambe le dimensioni. Anche se in certi campi come quello medico, so-

¹ Sono quelle che vorremmo poter definire «effettive» e «reali», ma che sappiamo essere padroneggiabili solamente con ampi margini di errore.

Sulla differenza
tra Gardaland
e un'azienda
sanitaria

prattutto laddove il contenuto tecnico dell'intervento è molto alto e oscuro al paziente, si può e probabilmente si deve sostenere che l'appropriatezza della cura viene prima della soddisfazione dell'utente.

Qui sta una prima differenza tra Gardaland e l'azienda sanitaria n. 10 di Vattelapesca. In questi stessi campi, tuttavia, le situazioni di insoddisfazione che si protraggono nel tempo possono costituire un problema, ad esempio perché consigliano all'utente un cambiamento di cura, sospingendolo verso terapie che potrebbero essere inadatte e che comunque dovrebbero indurre a qualche interrogativo sulla reale efficacia del trattamento. Esistono studi che hanno rilevato un nesso tra soddisfazione e determinazione a seguire le prestazioni terapeutiche.

I tranelli della soddisfazione

Ma, si dice, in alcuni casi non vi è proprio relazione di congruità tra ciò che sostengono gli esperti e ciò che sostengono gli utenti. È a tutti noto come la presenza di aspetti di elevata qualità, nell'*output* organizzativo, non garantisca una corrispondente percezione di qualità da parte degli utenti. E, d'altra parte, il fatto che le prestazioni siano scadenti, per taluni aspetti anche essenziali, non implica necessariamente che vi sia una percezione negativa della qualità. Come indica la tabella 1, in cui si evidenziano due situazioni congrue e due incongrue.

Tab 1 – Paradossi della soddisfazione

		<i>Qualità «effettiva»</i>	
		<i>Alta</i>	<i>Bassa</i>
<i>Soddisfazione</i>	<i>Alta</i>	Giustamente soddisfatto	Ingiustamente soddisfatto
	<i>Bassa</i>	Ingiustamente insoddisfatto	Giustamente insoddisfatto

Le situazioni incongrue sembrano mettere in discussione l'utilità di una rilevazione della soddisfazione. Quando i giudizi convergono, non ci sono proble-

Ragioni per non sottovalutare il giudizio degli utenti

mi. Quando non convergono, allora si apre un problema complesso di valutazione. Chi avrà ragione?

Contrariamente a quanto appena sostenuto per il rapporto tra appropriatezza della cura e soddisfazione, a me sembra che in certi campi sia più corretto dare un peso maggiore alla valutazione del soggetto. Basterebbe pensare alle indagini sulla *quality working life*: chi può dire realmente com'è la qualità del lavoro se non chi ci lavora?

Esistono tuttavia ambiti nei quali ci si può avvicinare molto di più a una qualità in senso «oggettivo», che può essere oggetto di valutazioni affidabili da parte di esperti. Ma anche in questi contesti vi sono ragioni che consigliano di non sottovalutare troppo il giudizio degli utenti. Innanzitutto perché il loro giudizio alla lunga può influenzare le prospettive di sviluppo del servizio. In secondo luogo perché molte indagini hanno rilevato quanto grande sia il *gap* tra ciò che l'azienda è convinta di dare e ciò che l'utente pensa di aver ricevuto, tra le valutazioni di quest'ultimo e quelle dei responsabili (o degli erogatori) del servizio. Parfrasando il Salmo: *chi dirige «non vede» certe cose*.

Vi sono poi altre considerazioni da fare. Per il singolo utente la possibilità dell'incongruità è certamente presente. In questi casi la soddisfazione può essere intesa come una componente della qualità del tutto indipendente da quella che in via di prima approssimazione possiamo chiamare, forse impropriamente, qualità «effettiva»². Si può tuttavia dubitare che per una collettività sufficientemente estesa di utenti la soddisfazione non abbia alcun rapporto con la qualità «effettiva»³. Ciò, nel caso dei servizi sociosanitari, equivarrebbe a ritenere l'insieme dei cittadini utenti incapaci di valutazione. Non dobbiamo dimenticare qui l'influenza che sta avendo la crescita dei livelli di scolarizzazione e l'im-

² Non dobbiamo tuttavia pensare che tutti gli utenti insoddisfatti rientrino in questa categoria.

³ L'ipotesi potrebbe avere un senso se il bene servizio offerto fosse tecnicamente molto complesso, e l'utente così privo di possibilità di comparazione da non poter effettuare alcuna valutazione sensata.

Si può venire curati in modo appropriato, riconoscerlo e ugualmente non essere soddisfatti del trattamento ricevuto

Un oggetto multi-vision

Il peso variabile della soddisfazione nel determinare la qualità

portanza di questa variabile nello spiegare i livelli di soddisfazione.

Inoltre, chi enfatizza la possibilità dell'utente ingiustamente soddisfatto di solito opera implicitamente una drastica riduzione delle dimensioni della qualità. Presta cioè attenzione solo alle prestazioni primarie (agli aspetti medici, ad esempio), mentre non tiene in sufficiente considerazione le altre dimensioni della qualità (modalità di erogazione, stile di trattamento, prestazioni ausiliarie o di supporto). In questo modo si rischia di dimenticare che si può venire curati in modo appropriato, riconoscerlo e ugualmente non essere soddisfatti del trattamento ricevuto.

La discussione sugli utenti ingiustamente soddisfatti, al contrario, ci ricorda che è opportuno evitare di incorrere nella giuliva tendenza, tipica delle riviste di *marketing*, a enfatizzare la soddisfazione dell'utente come unico indicatore della qualità. Nel campo dei beni utili/divertenti, ma non necessari e non rischiosi, ciò può avere senso. Nel campo di certi beni necessari (e rischiosi), come la salute, ciò sarebbe un errore.

Ed è questa la ragione per cui il giudizio sulla qualità implica un confronto tra punti di vista diversi: quello della comunità scientifica, quello dei (diversi) professionisti del settore, quello del cliente-utente, quello delle sue organizzazioni di rappresentanza. Ognuno di questi gruppi darà giudizi diversi e avrà attenzione per aspetti diversi. Quello che appare interessante è effettuare un confronto.

Non solo la qualità è un oggetto multidimensionale, ma essa appare anche un oggetto *multi-vision*, o multiprospettico, se così si può dire. L'analisi della qualità percepita o della soddisfazione, in definitiva, non solo non sostituisce altre necessarie valutazioni della qualità, ma può risultare più efficace se si relaziona a queste ultime.

Adottando una concezione multidimensionale della qualità, ci si può chiedere allora quanto conti la soddisfazione nel determinarla.

Il peso della soddisfazione dell'utente nella valutazione della qualità dipende molto dal tipo di servizio-

prestazione. Esistono prestazioni – in campo medico, ad esempio – che comportano un giudizio molto chiaro sull'esito, in termini di guarigione/non guarigione. Il giudizio potrà dunque essere abbastanza chiaro anche nella mente dell'utente, in termini di combinazioni possibili di soddisfazione/insoddisfazione rispetto al risultato e al trattamento, in termini cioè di prestazioni primarie e secondarie.

Esistono però servizi-prestazioni in cui la soddisfazione del cliente rappresenta in un certo senso la condizione di successo dell'intervento e costituisce un indicatore della sua efficacia. Possiamo perciò dire che la qualità non si identifica con la soddisfazione del cliente, ma quanto più è intangibile la prestazione, quanto meno essa può essere rigorosamente definita in termini di standard scientifici condivisi, quanto più essa è efficace se realizza un rapporto empatico con l'utente (e perciò deve coinvolgerlo), quanto più l'intervento è co-struito assieme all'utente, tanto più facilmente la qualità tende a identificarsi con la soddisfazione o, meglio, tanto più la soddisfazione riveste un peso determinante nella valutazione della qualità.

Del resto, il diverso peso che riveste la soddisfazione dell'utente, il diverso grado di consapevolezza del trattamento ricevuto, è ciò che rende importanti le forme di organizzazione collettiva dell'utenza: laddove infatti il contenuto tecnico è elevato e non facilmente valutabile, oppure laddove l'utente è soggettivamente in posizione di debolezza, queste svolgono un ruolo essenziale nel riequilibrare situazioni di asimmetria nel rapporto tra servizio e utente.

Il concetto di «soddisfazione»

Proveremo qui a definire il concetto di «soddisfazione», per poi individuarne le determinanti⁴. Lo fare-

⁴ Le riflessioni presentate in questo e nel prossimo paragrafo non hanno pretese di originalità. Si è cercato di tradurre in forma sintetica concetti che l'estesissima bibliografia disponibile propone, in genere con differenze linguistiche più o meno rilevanti. Particolarmente utile per la sintesi è risultata la lettura di Cherubini S., 1996. All'autore si deve il particolare

mo non perché in questa sede si vuole aprire la discussione se le strategie di ricerca debbano limitarsi a rilevare la soddisfazione espressa o se invece debbano spiegarne le dinamiche, rilevando perciò altre variabili distinte da questa, come ad esempio le aspettative. Dico subito che a mio avviso questa seconda strada non è percorribile se non in situazioni di tipo sperimentale o quasi sperimentale, e che compito di queste indagini non è spiegare, ma più semplicemente rilevare, anche nel senso di «misurare». È la valutazione dei risultati e la discussione che si sviluppa su di essi che hanno il compito di interpretare quanto emerso.

Le riflessioni sulla natura dell'oggetto di studio che qui saranno proposte servono piuttosto a fornire alcune cautele nell'interpretazione dei dati che le indagini ci consegnano, e si propongono di aiutare a comprendere meglio i fattori che possono spiegare certi risultati, quando ad esempio l'intervento viene prodotto dal servizio pubblico in regime di monopolio.

Cosa intendiamo dunque per «soddisfazione dell'utente» (*user satisfaction, patient satisfaction*)? La bibliografia identifica in genere la soddisfazione con la qualità percepita, e quindi i due termini possono essere usati in modo intercambiabile. Si potrebbe tuttavia provare a distinguere «soddisfazione» da «qualità percepita». Quest'ultima potrebbe essere usata per indicare la percezione della qualità ottenuta. La soddisfazione potrebbe invece essere intesa come la percezione di «aver fatto un buon affare».

Il termine «soddisfazione» etimologicamente significa «fare abbastanza», dunque, per estensione, poiché anche il ricevere è un agire⁵, «ottenere», «ricevere abbastanza». Soddisfatto è colui che ha ricevuto abbastanza. Vediamo quali sono le dimensioni sottostanti.

approccio utilizzato; anche le figure 1 e 2 e le tabelle 1 e 2 presenti in questo articolo costituiscono rielaborazioni del suo modo di porre la questione. Utile, inoltre, è stata la lettura di Quartapelle A.Q., 1994.

⁵ Secondo un certo orientamento di pensiero, anzi, è la forma originaria dell'agire.

**Dimensioni
del concetto
di «soddisfazione»**

La soddisfazione dipenderà piuttosto ovviamente, nel caso di un servizio ricevuto, dalla qualità della prestazione offerta (o qualità ottenuta). Ma ciò non direttamente, per così dire dalla prestazione nella sua oggettività, ma attraverso la percezione che si ha di essa (o prestazione percepita). Vedremo più avanti questo aspetto del problema. Per ora intendiamo ribadire che qui si manifesta spesso un *gap* tra ciò che l'erogatore percepisce essere la qualità della prestazione e ciò che viene invece percepito dall'utente. L'esistenza di questo *gap* o di questi *gap*, secondo una certa prospettiva, dovrebbe essere al centro delle indagini sulla soddisfazione e suggerisce l'utilità di condurre ricerche che comparino, nel farsi stesso dell'indagine, le percezioni di qualità di diversi attori, in particolare di utenti e operatori.

**Ambiguità
del concetto di
«attese dell'utente»**

La parola «abbastanza» indica che nella definizione della soddisfazione interviene un altro elemento. Ci si chiede, infatti, «abbastanza rispetto a cosa»? Si risponde, di solito, «rispetto alle attese dell'utente/consumatore». Ma questo è ancora un termine ambiguo. Può significare il bisogno/desiderio che muove l'utente/consumatore. «Attesa» sta qui a indicare ciò che il servizio dovrebbe offrire per soddisfare il bisogno. Alcuni autori, in effetti, sostengono che la soddisfazione si definisce in rapporto ai bisogni. Si tratterebbe dunque di soddisfazione del bisogno. Ma il termine può invece significare previsione su ciò che probabilmente accadrà, ossia ciò che il consumatore pensa – più o meno realisticamente – che il servizio potrà offrire.

I bisogni/desideri, in altre parole, non agiscono direttamente sulla soddisfazione, ma attraverso le aspettative di ciò che si ritiene plausibile e realistico ottenere, sulla base delle informazioni disponibili, delle rappresentazioni possedute, delle precedenti esperienze vissute ecc.

Il malato cronico, ad esempio, avrebbe il bisogno e il desiderio di guarire completamente, ma sa che ciò non è possibile. La sua aspettativa probabilmente non è la guarigione, ma una qualità della vita accettabile in condizioni di cronicità. La soddisfazione, presumibil-

Studiare
le aspettative,
una faccenda
maledettamente
complicata

mente, si formerà o non si formerà su quest'ultima base, e non su quella irrealistica della guarigione. Meglio riservare perciò, per chiarezza, al termine «attese» il secondo significato, quello di «previsione», e di non estendere ad esso il primo significato.

Posta così la questione, le attese (di qualità) non appaiono dunque semplicemente come qualcosa che influenza dall'esterno i livelli di soddisfazione, ma sono il termine di paragone che li definiscono, un loro aspetto costitutivo. L'implicazione metodologica sembrerebbe evidente: misurare la soddisfazione comporta misurare anche le aspettative, per poi misurare lo scarto tra aspettative e realtà ecc. Ma purtroppo tutto ciò è anche maledettamente complicato.

Vi è un terzo elemento che interviene nel definire la soddisfazione: i costi/sacrifici sopportati per conseguire il soddisfacimento del bisogno/desiderio. Il bisogno, ad esempio, potrebbe essere appagato solo a costi molto alti, così da indurre una soddisfazione modesta, e viceversa il grado di appagamento potrebbe essere limitato, ma anche i costi sopportati essere contenuti, così da indurre una soddisfazione relativamente elevata.

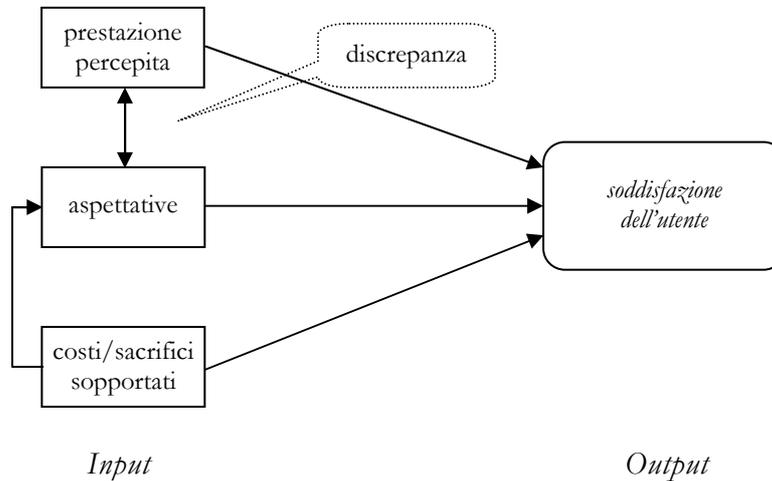
La questione potrebbe essere riassunta come nella tabella 2, dove la diagonale rappresenta l'area di incertezza, l'area sottostante quella della soddisfazione e quella sovrastante l'area dell'insoddisfazione.

Tab. 2 – Bisogni e costi/sacrifici

Ipotesi di bisogni soddisfatti		Bisogni/desideri	
		Importanti	Modesti
Costi/sacrifici	Grandi	«Sì, ma...»	«Mai più!» (massima insoddisfazione)
	Piccoli	«Che bello!» (massima soddisfazione)	«Almeno...»

Tornando alla soddisfazione, le dimensioni che sottostanno ad essa potrebbero allora essere riassunte come nella figura 1.

Fig. 1 – Modello semplificato della soddisfazione



Una definizione generale di «soddisfazione»

La soddisfazione può in sostanza essere descritta come una sorta di bilancio costi-benefici, dato un certo tipo di aspettative. In termini aspecifici, senza cioè calare il concetto in un particolare settore dei servizi, possiamo allora definirla come la percezione di aver sperimentato, in proporzione alle aspettative, un bilancio positivo tra i sacrifici compiuti e le prestazioni ricevute.

La letteratura, nel complesso, ha piuttosto sacrificato la dimensione costi/sacrifici, dando particolare rilievo alle altre due dimensioni, e in particolare al confronto tra *performance* e aspettative. Vi è un accordo piuttosto vasto sull'idea che la soddisfazione sia una funzione di uno standard iniziale che si costituisce come punto di riferimento e di alcune discrepanze percepite rispetto a tale punto di riferimento (*disconfirmation*). Non sarebbero solo le aspettative, direttamente, a determinare la soddisfazione, ma anche lo scarto con quello che si è ricevuto, secondo la seguente espressione, proposta da Bolton e Drew (Bolton R.N., Drew J.H., 1991):

$$Soddisfazione = f(disconfirmation_i, performance_i, expectations_{i1})^6$$

⁶ La soddisfazione è letta come una funzione delle aspettative iniziali (*expectations_{i1}*), di quanto si è ottenuto (*performance_i*), della discrepanza

**I diritti
influenzano
le aspettative**

La storia (eventuale) del rapporto con il servizio rende meno rilevanti le aspettative iniziali, determinando nuovi e diversi livelli delle aspettative.

Nel caso dei servizi pubblici alla persona, la dimensione costi (tariffe)/sacrifici e quella delle aspettative vanno valutate attentamente. I servizi, infatti, tendono ad essere gratuiti o ad avere un prezzo politico, e il confronto tende ad essere realizzato in rapporto, più che al prezzo sopportato per ottenere il servizio, al diritto di cui si sente di essere portatori in quanto cittadini posti di fronte al servizio pubblico. In questo senso i diritti, nei limiti in cui sono percepiti, intervengono nel definire il livello delle aspettative.

**Soddisfatti o
semplicemente
«riconoscenti?»**

Nel caso la prestazione non corrisponda a un diritto chiaramente sancito, o essa non venga comunque percepita in quei termini, o in tutti i casi in cui i richiedenti sovrastano numericamente di molto gli ottenenti, il quadro cambia ancora e il riferimento rischia di essere la percezione di aver ottenuto/non ottenuto un beneficio la cui possibilità di fruizione è comunque relativamente casuale, di cui dunque si deve essere «riconoscenti» se lo si è ottenuto, moderatamente insoddisfatti se non lo si è ricevuto per niente⁷. È chiaro che in queste situazioni la soddisfazione per aver ricevuto qualcosa che solo alcuni ricevono e che non viene considerato come dovuto, sovrasta radicalmente la soddisfazione riconducibile alla qualità più o meno elevata di quanto si è ricevuto. E l'utente tenderà ad essere comunque soddisfatto, nel senso che la soddisfazione dichiarata non si riferisce alla qualità più o meno grande di ciò che egli ha ottenuto, ma veicola la riconoscenza che egli pensa di dovere all'organizzazione che glielo ha offerto. Tutto ciò operativamente, nelle indagini, si riscontra non solo nell'alto livello di soddisfazione ri-

finale (al tempo t) tra quanto ottenuto e quanto ci si aspettava di ottenere (disconfirmation).

⁷ Va tenuto presente che questi utenti potenziali, che non hanno ricevuto il servizio, non vengono studiati nelle indagini sulla soddisfazione e non ne condizionano i risultati. Tali indagini si occupano solo di chi ha ricevuto il servizio.

Una definizione di «soddisfazione» valida per i servizi pubblici

levabile, ma anche nell'esistenza di un «fattore» che induce a dare risposte pressoché omogenee a tutti gli *item* di valutazione proposti, così da rendere ardua l'individuazione dei punti critici e vanificare tendenzialmente l'utilità dell'indagine.

Tenuto conto di quanto detto, e per concludere, la definizione proposta di «soddisfazione» potrebbe essere così rielaborata: la percezione di aver sperimentato, dati certi costi/sacrifici sopportati, un rapporto positivo tra le aspettative, intese come legittime, di cui si è portatori in quanto titolari di diritti, e la percezione delle prestazioni ricevute. O, più banalmente, nei casi citati in cui il diritto non è riconosciuto, l'espressione della percezione di essere stati fortunati e di dover dunque essere riconoscenti.

Nel caso dei servizi per la salute, non va dimenticata la possibilità relativa ai «costi/sacrifici»: possono esservi trattamenti curativi che richiedono un forte impegno/sacrificio da parte dell'utente, perchè danno risultati solo in tempi lunghi e con un forte coinvolgimento del malato ed eventualmente dei suoi familiari (basti pensare ai trattamenti riabilitativi). In questo caso anche i costi/sacrifici sopportati esercitano un peso (e non solo i diritti o la riconoscenza). Si tratterebbe allora di capire in quali servizi i costi sopportati manifestano un peso tale da non poter essere trascurati nella valutazione della soddisfazione.

Un modello complesso di analisi della soddisfazione

Aspetti primari e secondari

Il modello proposto nella figura 1 per spiegare la soddisfazione è stato indicato come semplificato. Un modello più completo richiede che si utilizzino altri concetti, su cui ora ci soffermeremo brevemente.

La qualità ottenuta può essere grossolanamente indicata come l'insieme delle prestazioni che effettivamente un servizio ha erogato. Come è noto, essa è definita da due dimensioni: quella tecnica, che corrisponde agli elementi primari della prestazione e al bisogno

primario dell'utente, al *cosa* viene offerto (ad esempio un'analisi del sangue); quella funzionale, che corrisponde al *come* gli elementi di base vengono offerti (ad esempio le modalità di accoglienza).

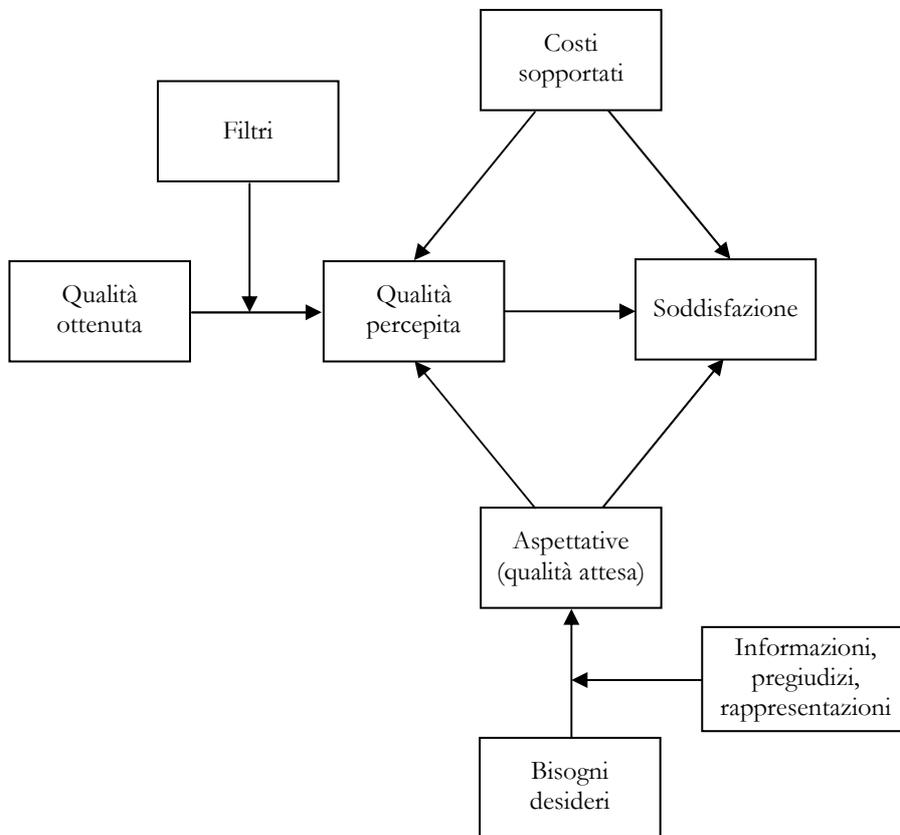
È importante comprendere che sul cosa viene offerto le organizzazioni faticano a distinguersi. Il livello della qualità tecnica spesso non è agevole da valutare, da parte dell'utente. È più facile dunque che un'organizzazione venga distinta sulla base della qualità funzionale. L'attenzione nei servizi tende, per molti aspetti giustamente nel caso di prestazioni che hanno a che fare con la salute, a concentrarsi più sulla prima che sulla seconda. Ma si dimentica che da una maggiore considerazione della qualità funzionale potrebbero derivare importanti miglioramenti della qualità.

La qualità ottenuta, come ormai si dovrebbe aver compreso, non si ricalca così com'è nella percezione dell'utente. Essa si trasforma nella qualità percepita attraverso un sistema di filtri, che qui non abbiamo lo spazio per approfondire, ma tra cui conta molto l'immagine dell'erogatore. Già a questo livello, dunque, non troviamo più una percezione oggettiva, ma intervenono fattori soggettivi, sistemi di rappresentazione.

In questo processo intervengono anche le aspettative. Consideriamo l'utente all'inizio del percorso che lo porterà ad avvicinarsi a un servizio. Egli è portatore di un bisogno/desiderio. Ma nel momento in cui gli sarà chiaro con quale servizio entrerà in rapporto dovrà trasformare le sue attese-desideri in attese-previsioni. Possiamo cioè ritenere che le aspettative nascano in ordine a determinati bisogni/desideri (di essere guariti, di superare o gestire uno stato di disagio, di stare meglio), ma agiscono non in quanto tali, bensì nella forma «trasformata» di attese (previsioni) di prestazione. Anche in questo caso il processo di trasformazione è influenzato da un complesso assai articolato di variabili, in buona parte non controllabili dalla singola azienda: caratteri individuali dell'utente, esperienze precedenti, opinioni ascoltate da altri utenti (il cosiddetto «passa parola»), immagine del servizio, normative esistenti-diritte, comunicazioni dell'azienda.

Le aspettative influenzano dunque la percezione della qualità che si fa l'utente secondo vie piuttosto complesse. Sono, come abbiamo visto, quelle attese di prestazione che in lui si sono formate e che a loro volta sono il risultato di vari fattori. Possiamo riassumere quanto abbiamo detto finora con la figura 2, che tenta di ricostruire un modello interpretativo della soddisfazione.

Fig. 2 – Modello generale della soddisfazione



Si tratta di un modello la cui complessità è evidente. Esso va tenuto presente nell'interpretare i risultati cui si arriva con le indagini di soddisfazione.

Diversità tra servizi di mercato e servizi pubblici in regime di monopolio

Consideriamo da questo punto di vista la questione della diversità tra servizi di mercato e servizi pubblici in regime di monopolio.

Nei servizi liberamente acquistati sul mercato, l'utente ha più opzioni tra cui scegliere, ha libertà di *exit*, di abbandonare cioè un venditore e di accedere a un altro, di norma – anche se non sempre – dispone di informazioni comparabili. Le sue aspettative (previsioni) dipendono da molti fattori, ma possono avvalersi della possibilità cruciale di condurre confronti tra venditori in competizione tra di loro che praticano prezzi diversi (forse...) e offrono qualità diverse (forse...).

Nel campo dei servizi pubblici e in quelli per la salute in particolare, libertà di scelta, opzioni disponibili, livelli di informazione, possibilità di confronti con altri produttori sono limitati. Molto semplicemente, nella maggioranza dei casi risiedere in un determinato territorio comporta accedere a un ben determinato servizio e solo a quello. In questo contesto le aspettative mutano di forma. Vi può essere dunque un generico «mugugnare» nei confronti della «grande burocrazia», che finisce poi però per saldarsi, nel campo della salute in modo particolare, con la gratitudine per quanto si è ricevuto, dato che prestazioni anche carenti sono meglio che nessuna prestazione.

Questa mi sembra in definitiva una delle ragioni per cui le indagini tendono a rilevare quasi sempre valutazioni molto positive. Ed è anche una delle ragioni del contrasto plateale che esiste tra le immagini olistiche della sanità italiana rilevate nei sondaggi d'opinione e quanto emerge dalle ricerche in cui si chiede agli utenti di valutare la propria personale esperienza di rapporto con il servizio sanitario nazionale. Ciò significa allora che queste indagini non servono? Penso di no, ma penso anche che tutto questo non sia senza conseguenze sul modo in cui le conduciamo.

Misurare la gratitudine del «popolo dei graziati» non serve

La prima conseguenza è che forse non ha molto senso condurre un'indagine con strumenti generici in settori nei quali pochi ricevono un servizio che a molti piacerebbe avere (nella valutazione dell'assistenza domiciliare integrata, ad esempio). L'unica cosa che si mi-

**La necessità di
«lavorare di fino»**

sura in questo modo è la gratitudine del «popolo dei graziati».

La seconda conseguenza è che se si vuole comunque acquisire, mediante indagine sul campo, qualche informazione realmente nuova, che permetta di immaginare dove si manifestano carenze nel servizio, occorre spostare l'attenzione dai valori medi di soddisfazione agli aspetti per i quali questa si manifesta in forme meno convinte; spostare cioè l'attenzione sugli aspetti critici. E ciò comporta in sostanza «lavorare di fino». La questione ha rilevanti conseguenze sulla progettazione delle indagini e sul modo di elaborare i dati: quando una minore soddisfazione per un certo aspetto della qualità diventa significativa?

**Rilevare
le aspettative?**

Per concludere le riflessioni sui modelli che cercano di spiegare la soddisfazione, c'è da dire che se noi volessimo realmente *spiegarla*, con ogni probabilità dovremmo rilevare e analizzare tutte le dimensioni fin qui considerate. E in particolare dovremmo analizzare con opportuni indicatori le aspettative, nonché i costi sopportati e i sacrifici compiuti. In questa ipotesi gli strumenti da predisporre dovrebbero essere orientati a misurare: la percezione della qualità delle prestazioni ricevute (qualità percepita), le aspettative al momento di ingresso nel sistema (qualità attesa), i costi/sacrifici sopportati (qualora significativi).

Se ciò fosse praticabile⁸, sarebbe anche possibile costruire una serie di indici di scostamento, e in particolare quelli che misurano lo scarto tra aspettative iniziali e quanto si percepisce di aver ricevuto dal servizio, che riassume l'apporto netto alla soddisfazione derivante da uno specifico servizio/azienda. Una volta predisposti strumenti adeguati allo scopo e testata la loro affidabilità, sarebbe possibile eventualmente verificare

⁸ Intervengono qui difficoltà di carattere operativo, relative al come elaborare strumenti di misurazione della qualità attesa, ma anche concettuali. Se dal punto di vista analitico è possibile distinguere la percezione delle prestazioni ottenute dalle attese con cui si entra nel sistema, è possibile anche che nell'esperienza dell'utente le attese siano operativamente indistinguibili dalla percezione della qualità, dando così ragione a chi identifica «qualità percepita» e «soddisfazione».

come cambia la soddisfazione in seguito all'introduzione di un sistema di informazione per l'utente relativo alle prestazioni programmate dal servizio.

Ma «per fortuna» il compito di chi vuole condurre indagini sulla soddisfazione nei servizi non è tanto quello di spiegare, quanto piuttosto quello di misurare e di verificare dove e per quali aspetti la soddisfazione è maggiore o minore. La spiegazione, come già si diceva, è compito della riflessione che si sviluppa sui risultati conseguiti, più che della rilevazione in sé.

Può essere utile allora prendere le mosse da un *escamotage* linguistico, che non risolve certo tutta la complessità appena indicata, ma che consente di semplificare il modo di ragionare. Abbiamo inteso che il concetto di «soddisfazione» implica l'introduzione di una molteplicità di dimensioni; induce una valutazione complessa, la ricerca di un bilancio, di un punto di equilibrio, molto soggettivo.

**Meglio ragionare
in termini di
«qualità percepita»**

È forse opportuno allora ragionare, più che in termini di «soddisfazione», in termini di «percezione della qualità». Tale modalità linguistica induce (e induce sia il ricercatore che l'utente, potenziale intervistato) a oggettivare di più il giudizio. Questo rimarrà soggettivo, naturalmente, ma non sarà la modalità linguistica stessa a suggerire confronti e bilanci. In sostanza: la modalità linguistica «qualità percepita» indica una dimensione in cui l'utente è invitato a oggettivare il proprio giudizio e induce chi progetta gli strumenti di rilevazione a lavorare con più attenzione sugli aspetti del servizio su cui si chiede all'utente di esprimere una valutazione. La modalità linguistica «soddisfazione» suggerisce all'utente una valutazione di tipo più soggettivo e introduce implicitamente il riferimento ad altre dimensioni.

I modelli di indagine

Esaurito questo esame dei concetti che possono orientare le indagini sulla qualità percepita, proponia-

**Una diffusione
«a macchia
di leopardo»**

mo ora alcune riflessioni sui diversi modelli di indagine impiegati nella pratica operativa.

Poche parole dapprima sulla diffusione di queste esperienze. Non disponiamo di dati di indagine. In termini generali l'impressione è che, dopo una fase iniziale in cui vi erano premesse interessanti, ma anche esitazioni altrettanto forti, l'interesse per questo tipo di indagini non sia realmente decollato. La diffusione appare «a macchia di leopardo», in alcune Regioni, in alcuni servizi, in alcune aziende. Nella grande maggioranza dei casi si tratta di indagini promosse dalle aziende sanitarie, molto meno diffuse nei servizi gestiti dagli enti locali. Non sono rari i casi in cui ufficialmente l'ente promuove delle indagini, ma se si va a guardare ci si accorge che nella realtà esse sono solo virtuali.

Questa diffusione «a macchia di leopardo» si accompagna a un'altissima differenziazione delle metodologie: quantitative o qualitative; presenza o meno di un modello di analisi che possa far da sfondo alla progettazione e all'impiego dei dispositivi di ricerca impiegati; strumenti di rilevazione molto differenziati, non solo per la natura dei quesiti posti, ma per la consistenza del lavoro di scavo e per l'affidabilità degli *item* utilizzati; presenza o meno di strategie di campionamento rigorose; tecniche di somministrazione con gradi diversi di affidabilità; tecniche di elaborazione dei dati; modalità di divulgazione e utilizzo.

Proporremo dunque, per concludere, alcune osservazioni relative alla diversità dei modelli di indagine impiegati.

**Metodi quantitativi
e qualitativi**

Per loro natura le indagini sulla soddisfazione tendono a privilegiare i metodi quantitativi. E ciò per una ragione abbastanza semplice. Questo genere di indagini, tanto più quando i valori medi di soddisfazione risultano essere elevati, hanno una necessità vitale di condurre confronti nello spazio (tra servizi comparabili) e nel tempo (tra un «prima» e un «dopo»). Senza di essi spesso non si saprebbe valutare ciò che si è trovato, in termini globali, almeno. Ciò del resto avviene usualmente anche in altri campi di indagine.

Tali indagini, inoltre, si prefiggono lo scopo di rendere possibile verificare i progressi percepiti a seguito dell'adozione di programmi di miglioramento della qualità. Vi è dunque la necessità di adottare metodi sufficientemente rigorosi da rendere credibili i confronti.

Ma ancor più se si considera che le indagini si propongono non semplicemente di individuare valori medi, bensì piuttosto dei punti critici, i metodi qualitativi (*focus*, interviste, colloqui con l'utente critico ecc.) sono certamente in grado di portare validi contributi. Sia nel senso che permettono di individuare aspetti che gli strumenti quantitativi eventualmente hanno trascurato (è molto facile che ciò accada), sia nel senso che permettono di chiarire quali contenuti concreti assumono le criticità individuate con i metodi quantitativi, sia nel senso che in alcuni casi permettono di cogliere «ciò che sta dietro» alle opinioni espresse. L'esperienza dice che strumenti diversi producono anche risultati diversi, non necessariamente alternativi, ma tali da integrarsi.

Metodi qualitativi che coinvolgano gli utenti possono essere inoltre impiegati anche nella predisposizione degli strumenti quantitativi di rilevazione. Forse in questo si eccede nel limitarsi a coinvolgere solo gli operatori del servizio.

Il rapporto tra metodi quantitativi e qualitativi non mi sembra tuttavia sufficientemente chiarito, e penso che su questo punto si dovrà lavorare ancora.

Strategie di ricerca

In termini forse anche troppo sintetici, mi pare che i metodi quantitativi utilizzati siano riassumibili come proposto nella tabella 3, se si considerano le caratteristiche di fondo degli strumenti e le modalità di rilevazione. La tabella va letta tenendo conto che, naturalmente, tra questionari «molto» e «poco» analitici esistono anche soluzioni intermedie.

Tab. 3 – Quadro riassuntivo dei metodi quantitativi utilizzati

Caratteri dei questionari	Somministrazione		
	Una tantum	Periodica	Non sistematica
«Pesanti», molto analitici	1	2	-
«Leggeri», poco analitici	3	4	5

Coloro che usano questionari «pesanti» si prefiggono di solito l'obiettivo di arrivare a individuare in dettaglio quali sono gli aspetti critici. Coloro che usano questionari «leggeri» sembrano più interessati alle valutazioni medie di soddisfazione e a raccogliere qualche indicazione di base a livello di «area», a diversi livelli di articolazione⁹.

Il modello 5 – c'è da chiedersi quanto sia diffuso – non merita molte considerazioni né molta considerazione. Il modello 3 sembra avere un significato limitato, dato che non sfrutta la principale potenzialità derivante dall'impiego di strumenti leggeri, e cioè la facilità della loro reiterazione per condurre confronti sensati. È in genere il risultato di un'interruzione di percorso.

Più interessanti appaiono i rimanenti modelli. Il modello 1 evidenzia uno dei limiti degli strumenti pesanti, e cioè l'onerosità di una ripetizione dell'indagine in tempi brevi. Il modello 4 ha un senso perché permette di evidenziare linee di tendenza a livello di area o di raggruppamento di prestazioni. Il suo limite è che, fornendo poche informazioni analitiche, tratta le variazioni della soddisfazione come una «scatola nera», di cui si vedono variazioni «dal di fuori» (nelle dimensioni), ma senza che si abbiano molte informazioni circa il dove e il perché. Il modello 2 non ha questi limiti, ma richiede un investimento di risorse piuttosto ingente.

Le valutazioni espresse pongono il problema dei tempi sensati per la reiterazione. La reiterazione è importante. Secondo alcuni autori è la condizione perché questo genere di indagini servano a qualcosa. Ma «sensato» non è necessariamente sinonimo di «breve». Anzi, per la mia esperienza direi il contrario. «Sensato» può voler dire: dopo che si è implementato un progetto di miglioramento o dopo che è passato un tempo sufficiente per poter cogliere cambiamenti apprezzabili

⁹ C'è anche una diversità nel modo in cui vengono individuati i soggetti da indagare: dimensioni della qualità teoricamente elaborate secondo alcuni, sub-servizi o particolari raggruppamenti di prestazioni secondo altri.

nella soddisfazione. Non dopo un anno, perché... «è passato un anno».

Il campionamento

Alcune strategie di indagine non prevedono il campionamento, ma vengono allargate all'universo. È apparentemente una strada sicura, ma ha anch'essa i suoi limiti (alti costi di imputazione dati se il questionario non è banale; necessità di avere un'organizzazione costante che opera in questo senso e quindi, inevitabilmente, identificazione dei rilevatori negli operatori del servizio; solo apparente assenza di distorsioni campionarie). Viceversa, la questione del campionamento corretto, per chi vi fa ricorso, è importante. Se il campionamento non è minimalmente corretto, se il campione non è «gestito» e se il numero di casi è troppo limitato, le possibilità di condurre confronti significativi rischiano di non poter essere praticate. Qui, in particolare, è il fenomeno dell'autoselezione del campione che merita di essere accuratamente tenuto sotto controllo.

Le modalità di somministrazione

Alla questione del «chi», del «quando» e del «come» vengono somministrati i questionari non viene data sufficiente importanza. Il «chi» vuol dire in sostanza: personale appartenente al servizio o altro personale? Il «come» vuol dire: auto-somministrato, con supporto di un somministratore, telefonico, postale? Il «quando» vuol dire «durante», «al termine» o «dopo» l'intervento? Tutte queste questioni si saldano a un problema che sta a monte. Le strategie scelte tendono a riflettere lo scarso investimento di risorse che viene fatto in questo tipo di indagini. Si può arrivare a utilizzare qualche consulente (raramente), ma ben difficilmente si immagina di dover/poter spendere soldi per la rilevazione. Segno che si dà poca importanza a questi aspetti metodologici, che peraltro sono la condizione perché si arrivi a dei risultati affidabili.

L'utilizzo dei risultati

Le indagini sulla soddisfazione non sono fini a se stesse. Quando almeno non sono promosse in chiave puramente strumentale, servono, o dovrebbero servire, a sollecitare (e a fornire elementi conoscitivi per) l'adozione di progetti di miglioramento dei servizi. È da questo punto di vista che si deve valutare il loro significato, ed è da ciò che alla fine dipenderà il loro futuro.

È importante chiedersi quindi con franchezza, in base alle esperienze condotte, in che misura esse siano state utilizzate. Nel caso in cui siano state utilizzate, quali aspetti alla fine abbiano determinato questo «successo». Nel caso in cui non lo siano state, sgombrato il campo dalla considerazione più generale che molto spesso le indagini (ogni tipo di indagine) non sono utilizzate come potrebbero e dovrebbero, è opportuno chiedersi quanto ciò dipenda dall'indisponibilità/disinteresse della dirigenza, quanto invece dai limiti interni al lavoro di indagine che è stato condotto, quanto da altri fattori.

Un ultimo tema su cui discutere è infine quello del coinvolgimento delle organizzazioni degli utenti, nella progettazione delle indagini, nella conduzione delle rilevazioni, nella condivisione dei risultati, nella possibilità che essi siano poi valorizzati. Anche per evitare che esse vengano negativamente colpite dalle valutazioni apparentemente positive che per lo più emergono e «non vedano» quegli elementi di conoscenza cui invece sono interessate e che possono risultare loro utili.

Riferimenti bibliografici

- Bolton R.N., Drew J.H., *A Longitudinal Analysis of the Impact of Service Changes on Customers Attitudes*, in «Journal of Marketing», vol. 55, n. 1/1991.
- Cherubini C. (1996), *Marketing dei servizi*, FrancoAngeli, Milano.
- Quartapelle A.Q. (1994), *Customer satisfaction*, McGraw-Hill, Milano.

Per fare un sondaggio ci vorrebbe, prima di tutto, una sonda

F r a n c o F a s o l o

Dalla seconda metà del 2004 lavoro come libero professionista, anche se ho sempre sostenuto che chi lavora nel servizio pubblico è già un «libero professionista», se lo fa volentieri e seriamente. Fra i criteri di miglioramento delle mie pazienti, che avendo una buona pensione non ho bisogno di tenere agganciate più a lungo di quanto non serva loro davvero, utilizzo l'evidenza di momenti o note di insoddisfazione.

Non parlo volentieri di «alleanza terapeutica», perché con questo termine si presume che sia in atto una guerra (il nemico sarebbe la malattia della paziente secondo le concezioni della medicina occidentale), ma il concetto di «alleanza terapeutica», anche se espresso con un altro termine migliore, resta a mio avviso fondamentale: senza l'attiva presenza di «quella cosa lì», che poi in terapia di gruppo si chiama «coesione» ma è la stessa cosa, non c'è possibilità di *guarigione*.

Quando il lavoro va bene, è la stessa relazione fra noi che si evolve, e la paziente *deve* scoprirsi ed essere insoddisfatta di qualche aspetto significativo della nostra co-elaborazione, la *deve* mettere in discussione, perché nella terapia analitica (leggi «psicodinamica» o «gruppoanalitica», a seconda poi dei gusti... qui addirittura citerò un lacaniano) il soggetto si riorganizza nella

La funzione
dell'insoddisfazione
nel percorso
terapeutico

relazione proprio attraverso la crisi (Focchi M., 2006). Se la base terapeutica è ben sicura, allora sorgono le nuove, quasi necessariamente scomode, domande che in quel momento e contestualmente senz'altro vanno prese sul serio, siano dirette o siano sintomatiche. La paziente, in questa prospettiva che sembra paradossale e lo è, sarà soddisfatta esattamente solo quando avrà finito la terapia, e se invece è insoddisfatta dovrà proseguirla fino a poterla finire perché soddisfatta.

Le pochissime righe fin qui scritte servono per segnalare uno specifico tipo di «sonda», fra tutte quelle possibili e comunque necessarie per fare un sondaggio, secondo il saggio richiamo epistemologico di Totò che utilizzo come titolo della mia riflessione, e quindi anche sulla soddisfazione e sulla qualità.

Un altro tipo di sonda che discuterò altrettanto brevemente è invece molto più «psichiatrico» e molto meno «psicoterapeutico», anche se ho personalmente sempre ritenuto che la psicoterapia dovrebbe essere semplicemente il trattamento più specifico per quella specialità medica che si vuole chiamare «psichiatria»: questa sonda studia la soddisfazione dei pazienti in carico ai servizi. Riporterò frasi per frasi, con il rispettivo commento personale, quello che due esperti molto assennati scrivono nel lemma «soddisfazione degli utenti» (Morosini P., Perraro F., 2000).

**La soddisfazione
come uno dei
due tipi di esiti
delle prestazioni
sanitarie**

- «È uno dei tipi di esito delle prestazioni sanitarie, essendo l'altro rappresentato dalle modificazioni delle condizioni di salute». È ben vero che un paziente può essere soddisfatto del servizio di cui usufruisce, sebbene le sue condizioni di salute non siano migliorate: molto dipende dalle aspettative soggettive, ma molto dipende anche dal grado di fidelizzazione ottenuto dal servizio. Anche se sono sicuro che qualsiasi lettore di questo testo saprà già meglio di me che cosa significa «fidelizzazione», glielo spiego così: in psichiatria la «fidelizzazione» corrisponde alla «cronicizzazione», sia presunta come cronicità, o sia effettiva come effetto del tipo di cure prestate.

L'aspettativa di un miglior funzionamento mentale è spesso assai distante da molti servizi, oltre che da molti pazienti

- «Nella qualità totale, la soddisfazione del cliente al di là delle sue stesse aspettative costituisce lo scopo fondamentale di un'impresa». Ad esempio, l'impresa «psichiatria pubblica non orientata dichiaratamente alla guarigione» si sostituisce materialmente all'intera gamma delle possibilità esistenti del paziente al punto, ovvero in forza del fatto, che di norma almeno i suoi familiari prossimi (insieme con numerose familiarità istituzionali) si aspettano, e anzi spesso esigono, che egli riceva dal servizio psichiatrico, in quanto tale, una piena atarassia, una casa, un lavoro, un tempo libero, e almeno gli affetti più significativi sia in termini sessuali sia in termini sociali; l'aspettativa di un miglior *funzionamento mentale*, corrispondente alla guarigione, è spesso assai distante da molti servizi e da molti professionisti, oltre che da molti pazienti.

- «In sanità, la soddisfazione degli utenti è importante, ma ha alcuni limiti; da sola non è sufficiente per giudicare la qualità professionale». Infatti, solo l'insoddisfazione consente di mettere alla prova e di conseguenza di poter giudicare con qualche attendibilità la qualità dell'organizzazione e l'utilità delle diverse professionalità.

- «Vedi *qualità percepita, diritti dei pazienti, Empowerment, Urp*». È interessante che il lemma precedente, sempre stilato da Morosini e Perraro, sulla «soddisfazione del personale» occupa 19 righe contro le 7 qui integralmente riportate per la soddisfazione degli utenti. La soddisfazione del personale rinvia anche a «gestione delle risorse umane», «burn-out» e «miglioramento continuo di qualità». Nessuno dei due lemmi nomina o rinvia a «guarigione».

E se il lettore si aspetta che a questo punto parta pimpante la mia personale operazione di fidelizzazione con un lungo paragrafo sulla guarigione, non si intende abbastanza di *marketing*, e merita solo di leggere i testi di Fasolo indicati in bibliografia. Qui infatti mi limito a segnalare che è ampiamente descritto in una *ampia* quota di letteratura scientifica, ampiamente disattesa da *empi* strati di teorici e di clinici della psichiatria, il fatto che da tutte le malattie mentali si può gua-

**La ricerca del
Dipartimento di
salute mentale
di Ferrara e della
Fondazione
Zancan**

rire tranquillamente sia con le appropriate cure sia anche, tragicamente per gli specialisti, in assenza di cure specialistiche, e che comunque i servizi più esplicitamente *orientati alla guarigione* (termine sia transitivo sia intransitivo, che pertanto riguarda sia i pazienti sia il personale) sono quelli che più facilmente guariscono (con) i pazienti e (con) le loro reti sociali (Farkas M., 2007).

La ricerca realizzata dal Dipartimento di Salute mentale di Ferrara con la co-elaborazione della Fondazione Zancan di Padova ha utilizzato una sonda «bifida», come (la lingua delle vipere che è) uno strumento sensibilissimo e anzi cruciale (per la loro esistenza). Infatti, vengono rilevati e correlati gli atteggiamenti sia dei pazienti, sia di alcuni familiari, sia degli operatori, rispetto sia alla qualità percepita che agli esiti, leggasi «guarigione», nella mia intenzione. Il salto di qualità in termini istituzionali e scientifici qui realizzato sarebbe quasi clamoroso, se noi pensassimo che il clamore serva a qualcosa per le cose serie.

La fase precedente della ricerca valutativa in psichiatria pubblica ha riguardato per molti anni e in massima parte la soddisfazione dei familiari, come se fossero stati loro in effetti i veri utenti dei servizi di psichiatria: ricordo che una ricerca in tale senso fatta ai miei tempi era stata per noi del Servizio di Cittadella (Pd) molto soddisfacente, perché i genitori dei nostri pazienti erano in generale molto contenti di noi, e invece erano insoddisfatti solo perché non garantivamo abbastanza ai nostri utenti un tempo libero di migliore qualità (Pontalti C., Fasolo F., 1999).

La fase attuale, del coinvolgimento attivo degli utenti, non è certamente così nuova o inedita, come accade per tutte le cose serie e vere, che ogni volta che serve devono essere sinceramente e autenticamente riscoperte. Mi riferisco, come unico esempio probante di questa mia affermazione, alla grande tradizione della valutazione sull'efficacia della terapia di gruppo, che da più di cinquanta anni si realizza tematizzandosi sui fattori terapeutici individuati ascoltando attentamente il punto di vista personale e/o gruppale dei pazienti (Ya-

lom I., 2005). Così è stato fatto da Castegnaro, con Gioga e con molte collaboratrici, insieme con tutti i colleghi del Dipartimento di Salute mentale di Ferrara, che hanno contribuito a questa grande impresa trasformativa.

Poche parole sull'attualità dei risultati dell'importante ricerca-azione (Dubost J., Lévy A., 2005) qui documentata. Sottolineo l'importanza di questo lavoro perché so, sia pure solo come consulente «d'organo», quanto lavoro ha richiesto. Sul riconoscimento di tale importanza, l'indicatore-sonda che preferirei poter quantificare è il numero di aziende Usl italiane che comprerà il modello di analisi costruito da Castegnaro per la Fondazione Zancan, per realizzare la stessa ricerca-intervento al rispettivo livello locale.

Temo peraltro che anche qui si presenti il problema della scarsa chiarezza di indicazioni politiche ai direttori generali delle suddette aziende sociosanitarie, o solo sanitarie, che sembrano chiamati a far crescere il capitale economico finanziario di autorevoli Altri piuttosto che il capitale sociale delle popolazioni locali servite dalle rispettive aziende.

Pazienti finalmente riconosciuti in quanto esperti della propria situazione di malati

Semplificando per essere inequivocabile, riassumo la ricca messe dei dati evidenziati sostenendo che, a mio avviso, risulterebbe che i pazienti, in quanto esperti finalmente riconosciuti della propria situazione di malati oltre che delle proprie soggettuali intenzioni (Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A., 2005), collegano la speranza di guarigione direttamente con un esatto miglioramento della qualità psicoterapeutica della presa in carico.

Questo lo sapevamo già dalle associazioni di ex-pazienti (Allard S., 2002), che specificamente chiedono programmi di ricerca sui metodi di riduzione della dipendenza dai farmaci, programmi di ricerca sulle alternative possibili alla pratiche di cure obbligatorie nei casi di assenza di adesione del paziente alle proposte di cura, programmi di ricerca su quel che succede davvero dopo che si è conclusa la presa in carico (Morant N., 2004), e soprattutto programmi di sviluppo di inter-

Le dimensioni della qualità indicate dai pazienti come più importanti per un buon esito corrispondono ai fattori basilari di efficacia delle psicoterapie

Una certa dose di insoddisfazione significa che c'è un vero lavoro in corso

venti terapeutici centrati sulla relazione piuttosto che sulla neurologizzazione.

Le tre dimensioni che i pazienti hanno evidenziato come quelle più importanti ai fini della soddisfacente qualità del servizio che ricevono, cioè la *capacità di rassicurazione*, l'*umanizzazione* e la *comunicazione*, percependole contestualmente come la miglior garanzia di un buon esito delle loro cure, mi ricordano in generale la concettualizzazione sui fattori basilari di efficacia delle psicoterapie maturata da Jerome Frank fino alla terza edizione del suo *Persuasion and Healing*, ma in particolare mi portano a riflettere su di un paradosso tanto corroborante quanto implicito in tutta questa storia della psichiatria di Ferrara.

Per comodità espositiva, mi esprimerei in questa circostanza con uno stile lievemente più paradossale del mio solito (Fasolo F., 2007a).

Prima di tutto, che della qualità del lavoro risultino più soddisfatti i pazienti che non gli operatori mi sembra un raro esempio di buona medicina. Sulla scorta dell'osservazione clinica che proponevo all'inizio: rispetto all'assoluta e diffusa soddisfazione ufficialmente impercettibile, ma sottilmente rilevabile grazie ai manierismi schizofrenici, ai tempi d'oro del manicomio, una certa dose di insoddisfazione significa che c'è un vero lavoro in corso, e non una sinecura.

Ma lo scarto veramente creativo sta nel fatto che i pazienti sono tutti molto «esperti», cioè hanno una dichiarata aspettativa di aver bisogno di rimanere in carico al servizio ancora per anni (oltre i 4/5 anni, per oltre il 60 per cento degli intervistati, secondo la mia cauta stima dei dati presentati), e nello stesso tempo però valorizzano precisamente quelle dimensioni qualitative della cura che accelerano i tempi della dimissione perché favoriscono largamente la guarigione della persona.

In effetti, l'esperienza di relazioni personali prolungate per tutto il tempo che ci vuole in contesti di cura sempre più differenziati e sempre meglio attrezzati dal punto di vista organizzativo e professionale, declinate comunque sempre in formati gruppali attenta-

mente contestualizzati con la comunità locale e sempre più consapevolmente utilizzati per la loro diretta efficacia terapeutica (Lo Coco G., Lo Verso G., 2006), come avviene a Ferrara, può produrre l'effetto sconcertante che i pazienti sembrino più evoluti psichiatricamente dei loro stessi curanti, e che addirittura siano di fatto più pronti a uscire dalla cronicità (più guariti?) di quanto non possano dichiarare essi stessi.

Nei termini della polarizzazione fra i due modelli che delineavo all'inizio (con l'esempio della soddisfazione delle mie pazienti private), sotto la forma dei due differenti tipi di sonda che possono essere utili per fare un sondaggio sulla soddisfazione – sonde che in realtà corrispondono a due paradigmi epistemologici radicalmente diversi (Fasolo F., Fasolo M., 1988), e che secondo altri più esperti di me potrebbero corrispondere solo a due dei ben quattro modelli plausibili per le malattie mentali (Tyrer P., Steinberg D., 2005) ma che qui semplificheremo parlando di «modello medico» e «modello psicoterapeutico» (Johnstone L., 2000) –, sembrerebbe allora che un moderno Dipartimento di Salute mentale come quello di Ferrara, impostato naturalmente sul modello medico oggi (come si dice) dominante in Italia e a livello accademico, produca poi a ben vedere, paradossalmente, effetti profondi nella direzione del modello psicoterapeutico, effetti che basterebbe ormai lasciare che a loro volta esprimano tutte le loro naturali conseguenze?

Due pappagalli e un orangotango

Questa osservazione paradossale potrebbe corrispondere alla mia proposta recente che «ci son due pappagalli e un orangotango» (Fasolo F., 2007b), rispettivamente la psichiatria «manicomiale» (estremo prodotto del modello medico) e la psichiatria «di comunità» (estremo sviluppo del modello psicoterapeutico), del tutto inermi come due pappagallini di fronte alla «psichiatria *sine* psichiatria», che sta arrivando col massimo clamore pubblicitario, quella biopolitica e globalizzata. Che si tratti di un orangotango lo riconosciamo oggi di fronte alle forti e del tutto indiscriminate spinte che le diverse *lobby* (Fasolo F., 2003) interessate nella psicoterapia in psichiatria esercitano, ciascuna naturalmente

**Chi garantirà
ai pazienti
le appropriate
tecniche
psicoterapeutiche?**

nelle più diverse direzioni che ci si può aspettare in una sanità sregolata come quella aziendalizzata e globalizzata e biopoliticizzata che ci tocca utilizzare alla meno peggio.

Se i pazienti stessi chiedono di essere trattati più attivamente e più tempestivamente (a seconda delle diverse fasi della presa in carico) con le appropriate tecniche psicoterapeutiche, chi gliele deve garantire? Gli psichiatri, che spesso non le vogliono fare, ma sempre le vogliono prescrivere loro? Gli psicologi, che non si vogliono mettere alla pari con gli altri psicoterapeuti altrettanto qualificati anche se di diversa estrazione? Gli assistenti sociali, che ad esempio in altri Paesi hanno una solidissima e qualificata e riconosciuta competenza di psicoterapia di gruppo? I tirocinanti delle centinaia di scuole di psicoterapia, che in Italia potrebbero contribuire all'enorme bisogno di cure appropriate per i pazienti «psichiatrici»? Bisognerà farci un sondaggio, se riusciamo a decidere quale è la sonda giusta...

Riferimenti bibliografici

- Allard S. (2002), *A User/Survivor perspective: what's behind the evidence?*, in Priebe S., Slade M. (a cura di), *Evidence in Mental Health Care*, Brunner/Routledge, Hove.
- Dubost J., Lévy A. (2005), *Ricerca-azione e intervento*, in Barus-Michel J., Enriquez E., Lévy A. (a cura di), *Dizionario di psicosociologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Farkas M., *The vision of recovery today: what it is and what it means for services*, in «World Psychiatry», vol. 6, n. 2/2007.
- Fasolo F. (2002), *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*, La Garangola, Padova.
- Fasolo F., *L'Impasto: una metafora della psichiatria oggi*, in «Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone», n. 2/2003.
- Fasolo F. (2007a), *Psichiatria senza rete*, Cleup, Padova.
- Fasolo F., *Ci son due pappagalli e un orangotango*, in «Janus», n. 27/2007b.

- Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A. (2005), *Sviluppi della soggettualità nelle reti sociali*, Cleup, Padova.
- Fasolo F., Fasolo M., *La doppia anima della medicina: applicazioni ai problemi attuali della medicina*, in «Psichiatria generale e dell'età evolutiva», vol. 26, fasc. 4/1988.
- Focchi M. (2006), *La mancanza e l'eccesso. Che cosa significa guarire?*, Antigone Edizioni, Torino.
- Frank J., Frank J. (1991), *Persuasion and Healing*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Johnstone L. (2000), *Users and Abusers of Psychiatry*, Routledge, London.
- Lo Coco G., Lo Verso G. (2006), *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Morant N. (2004), *Leaving the Therapeutic Community*, in Lees J., Manning N., Menzies D., Morant N. (a cura di), *A Culture of Enquiry. Research Evidence and the Therapeutic Community*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Morosini P., Perraro F. (2000), *Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Pontalti C., Fasolo F. (1999), *Dimensioni familiari e comunitarie del disagio psichico: quale cultura dei servizi per quale benessere?*, in Donati P. (a cura di), *Famiglia e società del benessere*, Edizioni San Paolo, Milano.
- Tyrer P., Steinberg D. (2005), *Models for Mental Disorder*, Wiley, Chichester.
- Yalom I. (2005), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Basic Books, New York.