

La qualità percepita: il metodo in un case history

Franco Tosco – Lessicom srl



Un conto è mirare a svolgere una professione con l'obiettivo della qualità e possibilmente dell'eccellenza. Altra cosa è fare in modo che i clienti percepiscano la qualità erogata. In particolare è sbagliato pensare che, siccome l'operatore sa che la qualità della sua prestazione è elevata, *dunque ne consegue* che i fruitori se ne devono necessariamente accorgere.

Ciò vale soprattutto in quei campi dove, sia per motivi culturali o sia per motivi di distanza dall'esperienza di vita quotidiana, la percezione della qualità insita in ciò che si riceve è oggettivamente difficile e, a volte, addirittura impossibile. Ad esempio, quando è necessario avere conoscenze dei materiali utilizzati. O avere delle nozioni dei comportamenti dei tessuti organici. O, ancora, possedere dei saperi del decorso delle patologie o delle conseguenti cure.

Nei momenti di difficoltà economica, quando si ritiene necessario misurare con attenzione ciò che viene destinato all'acquisto di un bene o alla risposta ad un bisogno, materiale o immateriale che sia, l'attenzione viene portata su ciò che si considera più corretto nel rapporto costo-beneficio. Si mira a investire su ciò che è ritenuto più durevole e di qualità migliore. Ma se la qualità è *intrinsecamente* poco nota o sconosciuta, gli indicatori generalmente più utilizzati per individuarla sono il passa parola, l'impressione generale, il primo impatto, la cosiddetta opinione pubblica o il pensiero diffuso sul territorio. (1)

E' questo il caso dell'odontoiatria. L'utente non dispone generalmente degli strumenti atti a entrare nello specifico tecnico della prestazione ricevuta. Utilizza quindi, scegliendo uno studio piuttosto che un altro e accettando o no il piano di cura proposto, gli strumenti indicatori di cui al paragrafo precedente. Credo che lasciare agli utenti solo questi indicatori rappresenti un rischio eccessivo, specie in questo periodo, per il professionista titolare di uno studio. Occorre intervenire per suggerire, integrare, modificare, sviluppare la percezione della qualità fornita al paziente in maniera più profonda.

C'è chi ritiene che si possa fare utilizzando la pubblicità tradizionale. Sul mezzo televisivo non si è ancora giunti in modo intensivo, ma sulla carta stampata la presenza è notevole. Alcuni gruppi lanciano sms al pubblico generico. Un gran numero di siti fanno, più o meno correttamente, offerte pubblicitarie, promozionali e svendite mutuando il metodo da altri settori merceologici. Altri ancora organizzano auto-interviste su pubblicazioni varie in funzione della promozione dei loro studi.

Io non credo che questi strumenti, sempre costosi, abbiano un ritorno significativo e che raggiungano l'obiettivo di sviluppare la percezione della qualità nei pazienti.

La pubblicità tradizionale, infatti, pone al primo posto la questione del prezzo. Ed è su di esso che agisce quando vuole attrarre nuova clientela o conservare il pacchetto-clienti già raggiunto. Ma chi applica lo strumento tradizionale al *prodotto-salute* –agendo sul prezzo- non ha, secondo me, riflettuto a sufficienza sul prodotto specifico. Chi si sottopone ad una cura medica, odontoiatria compresa, ha l'obiettivo di guarire. Quindi mette al primo posto la qualità, non il prezzo. Ed è su di essa che l'erogatore deve focalizzare l'attenzione. Non nel senso che deve solamente vendere un prodotto di qualità –aspetto che

1) Nella nostra società è la pubblicità lo strumento che mira a orientare l'acquirente in una direzione piuttosto che in un'altra. E lo fa o enfatizzando gli indicatori citati attribuendo loro un valore oggettivo [*se la "gente" la pensa così, vuol dire che è vero!*], o ripetendo all'infinito il messaggio. O accreditando il mezzo [*ciò che dice la televisione è vero!*] e poi utilizzando il mezzo accreditato per accreditare il messaggio [*lo dice la televisione, dunque è vero*]. O utilizzandone due contemporaneamente: ripetendo all'infinito il messaggio sul mezzo accreditato. A volte utilizzandone tre o più: canale tv, messaggio reiterato, target mirato (casalinghe, bambini, pubblico generico, etc.), numero potenziale di utenti raggiunti, ipotetico orientamento ideologico (certe trasmissioni particolari su canali televisivi determinati), etc. Più un mezzo è accreditato, maggiore è il potere di attrazione della veicolazione pubblicitaria. Quando un mezzo, per motivi vari, scende sulla scala dell'accreditamento, diminuisce di conseguenza l'investimento pubblicitario su quel mezzo.

do per scontato- ma nel senso che l'acquirente deve percepire il valore della cura in modo da trovare logico accettarla. Lo strumento che deve utilizzare il fornitore, il dentista in questo caso, è la motivazione alla cura trasmessa dal clinico al cliente.

Ciò vale soprattutto in momenti di riduzione della capacità di spesa. L'acquirente, che *vuole* essere curato ma che oggi dispone di un budget insufficiente a coprire tutti gli acquisti di beni finora affrontati, deve entrare in possesso di strumenti motivazionali che gli permettano di fare l'operazione, niente affatto facile, di ridefinire la propria scala di importanza dei bisogni. Deve ridisegnarla per andare a sostituire la spesa abituale per altri acquisti –a cui magari era abituato- con la spesa necessaria per curarsi la salute. E tutti sappiamo bene la resistenza che si genera in ognuno di noi quando si devono sostituire dei comportamenti abituali, per di più gradevoli e gratificanti, con altri sicuramente meno gradevoli nell'immediato. Dunque, la motivazione. ⁽²⁾

La percezione della qualità del prodotto

L'obiettivo della motivazione, ciò che poi farà scattare l'adesione alla cura proposta, è la percezione della qualità del prodotto che si genera nell'acquirente. Se ottiene un prodotto di qualità, soprattutto nel caso della salute, l'acquirente avrà gli strumenti concettuali ed emozionali per modificare la scala dell'importanza dei suoi bisogni. E quindi dirotterà quanto gli serve per essere curato, rinunciando a destinarlo a quelle risposte che è abituato ad avere in condizioni di normalità economica e finanziaria.

Naturalmente, per poter essere incisivi sulla percezione della qualità da parte dei clienti, per correggerne le distorsioni e sottolineare gli elementi positivi, occorre sapere che cosa pensano. E quindi occorre rilevarlo. Con strumenti scientifici adeguati.

Lo strumento da noi utilizzato è il rilevamento tramite questionario, con domande mirate a conoscere in modo sempre più approfondito il giudizio sullo Studio che i pazienti si sono costruiti nel tempo.

I passaggi successivi di affinamento sono tre:

- somministrazione del questionario più generale di *Customer satisfaction* ed elaborazione e analisi delle risposte, a cui rispondono –una tantum- tutti i pazienti che accedono allo studio nell'arco di tre/quattro mesi. Il questionario è distribuito dalla segreteria e compilato direttamente in Studio. I risultati devono ritornare, in forme diverse, ai pazienti.
- Successiva somministrazione del questionario direttamente mirato alla qualità percepita. Viene compilato da tutti i pazienti e, ognuno, ogni volta che si reca nello studio per un trattamento, per un periodo di tre/quattro mesi. Le risposte devono essere fornite ogni volta, perché la percezione può essere diversa anche se l'operatore clinico o le risorse umane di segreteria e del clinico possono restare gli stessi.
- Elaborati ed analizzati i dati, si procede ad un terzo momento di affinamento su quegli aspetti che sono rimasti maggiormente generici e che non permetterebbero, quindi, di intervenire con adeguati strumenti per sviluppare nel paziente la percezione della qualità erogata.

²⁾ In genere tutti sono convinti di condurre bene la motivazione del paziente alla cura. Appartiene a quelle capacità che tutti ritengono di possedere, come il buon senso [cfr. René Descartes, *Discours de la méthode pour bien conduire sa raison, et chercher la vérité dans les sciences Plus la Dioptrique, les Meteores, et la Géométrie qui sont des essais de cette Méthode*, dove l'A. afferma : « Le bon sens est la chose du monde la mieux partagée ; car chacun pense en être si bien pourvu, que ceux même qui sont les plus difficiles à contenter en toute autre chose n'ont point coutume d'en désirer plus qu'ils en ont »]. Se poi il paziente non accetta di farsi curare nello studio in cui ha fatto la visita ma accetta lo stesso trattamento in un altro, allora si cercano delle spiegazioni esterne all'azione di vendita anziché all'interno, tralasciando di riflettere su come l'operazione è stata condotta. Si ipotizzano le motivazioni più varie e talvolta si oscura il dato evidente: se quella persona va da un dentista (e quindi gli attribuisce fiducia a priori), e vuole essere curata (quindi sa di avere un bisogno a cui vuole rispondere) e poi, alla fine della visita, non accetta la cura, la causa può solo trovarsi nella motivazione fornita. Si è, cioè, commesso qualche errore. Ai quali è possibile porre rimedio perché in fondo si tratta di acquisire, accanto alla propria professionalità clinica, delle tecniche relazionali. Ma non porta vantaggio alcuno attribuire la responsabilità al destino clinico e baro di saragattiana memoria.

Con alcuni dei nostri clienti abbiamo iniziato ad utilizzare, dopo averlo messo a punto e testato, un *questionario di rilevamento della qualità percepita* che si è rivelato molto utile. Le risposte sono analizzate mensilmente e poi discusse, con la stessa frequenza, con il titolare.

1. Il questionario è somministrato a tutti i pazienti in cura, ogni volta che ricevono un trattamento, fatta eccezione per la prima visita; ⁽³⁾
2. una parte compete alla segreteria ed è compilata con dati già rilevati in precedenza ⁽⁴⁾ che sono: da quanti anni è cliente dello studio, sesso, età, scolarità, stato civile, luogo di residenza, situazione lavorativa, professione svolta;
3. altra parte, sempre di competenza della segreteria: codice dell'operatore clinico che ha erogato la prestazione (medico o igienista), specializzazione clinica affrontata in quella seduta, assistente che ha affiancato il clinico, segretaria che ha ricevuto il paziente;
4. le risposte del paziente, sempre su domande a risposta chiusa e in numero non superiore alla decina, sono direttamente rivolte a rilevare il livello di soddisfazione percepito durante il trattamento;
5. le risposte sono espresse dal paziente al termine della seduta e prima di essere accompagnato dall'assistente presso la segreteria;
6. il questionario è, ovviamente, anonimo.

Questo è un metodo. Se ne possono individuare altri. Ma, in ogni caso, si devono tener ben presenti due punti fissi:

- la percezione della qualità da parte dei pazienti è un aspetto della professione che non può più essere sottovalutato;
- non si può utilizzare la propria sensazione come strumento sufficiente di lettura della percezione che i pazienti hanno della prestazione ricevuta. Occorrono strumenti mutuati da altre scienze che affianchino l'operatore medico e gli forniscano quelle risposte che la sua specializzazione clinica non gli può dare.

Un caso sul territorio ⁽⁵⁾

0. Primo intervento: rilevamento di customer satisfaction. ⁽⁶⁾

Il primo momento è stato indispensabile. Ha permesso di avere una piattaforma di conoscenza reale, non solo per *impressioni*, del giudizio formulato dai pazienti dello studio sulle varie componenti strutturali e cliniche. ⁽⁷⁾

³⁾ Rilevare tutti i pazienti, ogni volta che si sottopongono ad una seduta, può risultare eccessivamente gravoso se i pazienti trattati quotidianamente sono un numero rilevante e gli operatori clinici, tra medici e igienisti, sono di conseguenza molti. È opportuno, in questo caso, riservare il rilevamento della percezione a un settore clinico (ad es: all'igiene, all'ortodonzia, alla conservativa etc.) o a pochi operatori clinici che si ritengono essere particolarmente significativi.

⁴⁾ In una struttura organizzata, questi dati fanno parte delle informazioni richieste con l'avvio del rapporto tra lo studio e il cliente. Se così non fosse, anche rilevarle durante la compilazione del questionario non richiederebbe più di uno o due minuti.

⁵⁾ Il case history riguarda quanto realizzato finora nello Studio Rossini di Monguzzo (Co), Studio con il quale stiamo collaborando da tempo. [cfr. www.rossiniodontoiatri.it – fb: "studio rossini odontoiatri"]. L'utilizzo di questi dati è stato concesso dal Titolare dott. Michele Rossini. Il dott. Rossini ha pubblicato un articolo di sintesi finale sul rilevamento del customer satisfaction, e dell'uso che è possibile farne, sulla propria newsletter abitualmente inviata ai pazienti. L'articolo è visibile al seguente indirizzo web: <http://www.lessicom.it/wp-content/uploads/2010/07/customer-satisfaction-nello-studio-odontoiatrico1.pdf>

⁶⁾ Il questionario e il modello di database dei dati rilevati, la metodologia di elaborazione e l'analisi dei dati sono stati realizzati da Lessicom srl.

Referenti interni allo Studio per la gestione della distribuzione e del ritiro dei questionari: Paolo Noseda, Direttore Generale e coordinatore, con il supporto di Sonia Katia Sgardello e il personale di segreteria. Programma per l'elaborazione dei dati: SPSS.

⁷⁾ Il *customer satisfaction* somministrato in una struttura qual è lo Studio Odontoiatrico, e quindi tradotto in un evento che mira a coinvolgere tutti i pazienti, è stato realizzato per la prima volta, a mia conoscenza, presso la struttura del dott. Ezio Costa a Lugagnano (Vr). [cfr. www.studiocosta.dntt.it – fb: "ezio costa"]. Un'analisi di quell'evento, da lui commentato, si trova in Franco Tosco (a cura di), *fare il dentista è un'impresa*, ed. Tueor, Torino, 2010, cap, 9, con il titolo: "Marketing e Organizzazione: un case history".

Il questionario di rilevamento-dati relativo al *customer satisfaction* è stato somministrato a tutti i pazienti che si sono recati in Studio per una qualsivoglia prestazione, fatta eccezione per le 1^e visite, nel periodo di circa 4 mesi tra settembre 2008 e gennaio 2009.

Si riportano di seguito alcuni elementi indicatori dell'atteggiamento di coloro che hanno risposto al questionario. L'azione è stata presentata come una richiesta di collaborazione per migliorare il servizio ed ha generato un tasso molto elevato di adesione alla compilazione del questionario.

1. Indicazioni generali emerse dal rilevamento di customer satisfaction.

1. I questionari restituiti compilati sono stati 687. In base al sesso, i clienti dello Studio risultano distribuiti con significativa prevalenza femminile, essendo di difficile collocazione il 12,8% di non risposto.
2. L'età prevalente interessa un pubblico adulto [42,5%] tra i 31 e i 45 anni, un successivo 23,7% tra i 16 e i 30 anni seguito dal 22,1% tra 46 e 60. Praticamente assenti i bambini e gli adolescenti, è anche meno presente la fascia oltre i 60 anni.
3. Il tasso di scolarizzazione è medio alto, con un 12,4% di laureati o con diploma di laurea. Il 53,3% ha raggiunto la maturità o un diploma professionale e il 26,5% con le sole medie inferiori.
4. Interessante il numero dei soggetti che si dichiara libero (32,5%); la percentuale è ancor più significativa se si tiene conto della relativa influenza di clienti al di sotto dei 30 anni. Inoltre se si considerano anche i separato e/o divorziato e i vedovo raggiungiamo quasi il 35%.
Si sottolinea come lo Studio, non collocato nell'area urbana, viva in un modello di relazioni vicino a quello agricolo (61,3% di nuclei famigliari in cura), anche se con degli aspetti da metropoli: single, prevalente mezza età, più elevata presenza femminile, reddito medio [come desumibile dalle professioni], scolarità media superiore tendente alla medio-alta.
5. Il 50% circa del target ha dei figli.
6. Il 74,1% dei clienti è arrivato su consiglio di conoscenti e/o di famigliari [dato particolarmente importante per valutare il giudizio sulla qualità fornita] mentre solo il 4,9% su consiglio di un medico. Si conferma ulteriormente che nei servizi professionali la clientela si orienta sul passaparola.
7. La provenienza è sostanzialmente dall'area che ruota attorno a Como, Lecco e Milano, con provenienza marginale dalla provincia.
8. Circa l'82% dispone di un reddito (di essi il 70,6% è occupato). Particolare attenzione va posta ai pensionati (11,6%) e alla loro particolare disponibilità economica. Le professioni prevalenti esprimono un reddito medio: impiegati, dipendenti pubblici e casalinghe. Esiste poi un interessante settore di redditi alti e di lavoratori autonomi.
9. La durata della fruizione media dei servizi dello Studio è molto alta: anni 13 circa con un picco collocato tra i primi 10 anni.
10. La qualità delle prestazioni è stata definita dal 60% dei pazienti come superiore alla norma. Il dato, sommato alla risposta il massimo possibile, ci porta a una descrizione della massima qualità dell'81,5%.
11. Il 95,1% dichiara che è giusto cercare professionisti che offrono il massimo della qualità e la percentuale di soggetti che rispondono non so al corretto rapporto tra qualità e prezzo, a prezzi più cari della concorrenza e valutazione del costo della qualità maggiore per il professionista è elevato. Si può ritenere che i clienti non siano andati a verificare presso altri studi per stabilire dei confronti o, in qualche caso, che il prezzo del servizio richiesto non sia il problema principale.
12. Il gradimento degli operatori clinici è molto elevato [in alcuni casi oltre il 90%]. Comunque mai inferiore all'85%.
13. La presentazione del Piano di Cura è precisa e comprensibile. Non è così soddisfacente la questione del Preventivo. E' proposto in modo chiaro, preciso e professionale ma si sottolineano problemi di privacy, di non sempre adeguata attenzione ai problemi finanziari e qualche difficoltà a individuare nel soggetto presentatore la persona più adeguata.
14. Sono quasi tutti favorevoli (92%), a concordare tempi e modi di pagamento al momento dell'accettazione del preventivo. Tra le modalità di pagamento, l'orientamento è per la forma di anticipo + rate variabili ad avanzamento lavori.
15. I clienti sembrano poco interessati al finanziamento bancario per le cure odontoiatriche (anche se non è da sottovalutare il 22,6%). Tuttavia appena il 33,9% è a conoscenza che lo Studio offre tale possibilità.
16. Le procedure di disinfezione sono note a poco più del 50% dei pazienti.
17. Il 96,4% dei clienti consiglierebbe lo Studio ad altri.
18. La conoscenza dell'igiene orale, nelle dinamiche di causa ed effetto di malattie generali e dentali, rivela una sostanziale chiarezza nel target.
19. Sono pochi a conoscere tutte le specializzazioni praticate nello Studio e la maggior parte è informata solo della conservativa, dell'endodonzia, della protesi e dell'igiene per averle sperimentate direttamente. Occorre affrontare la questione dell'informazione al target.

21. Gli orari e la disponibilità del servizio sono apprezzati.
22. Gli utenti sono ampiamente disponibili a ricevere informazioni, anzi, le desiderano.
23. Molti gli aspetti positivi direttamente sottolineati [in particolare la professionalità], pochi e poco significativi quelli negativi, ad eccezione delle lunghe attese.

2. Utilizzo delle informazioni fornite dall'elaborazione dei dati di customer satisfaction.

I risultati sono stati utilizzati su fronti diversi. ⁽⁸⁾

- ✓ all'interno dello studio:
 - per la discussione con gli operatori dello studio, al fine di avere una maggiore conoscenza di che cosa pensano i pazienti di ognuno di loro e procedere eventualmente a momenti di formazione mirata;
 - per l'eventuale introduzione delle variazioni suggerite dai pazienti;
- ✓ nel rapporto con i pazienti:
 - newsletter di commento e di valutazione, distribuita o inviata ai pazienti;
 - indicazione della attuazione delle eventuali variazioni suggerite dai pazienti;
 - serata di presentazione dei risultati a tutti i pazienti, con la proiezione di tavole selezionate dei risultati e commento dell'analista ⁽⁹⁾;
 - avvio della ricostruzione in chiave attuale del sito web, con la rivalutazione dello strumento informatico quale abituale canale di relazione input-output tra i medici e i pazienti.

3. Secondo intervento: rilevamento della qualità percepita

Sulla base delle informazioni generali ottenute attraverso l'indagine di *customer satisfaction*, che in questo processo risulta di fatto essere preliminare, è stato condotto il momento successivo: quello che fornisce strumenti ai professionisti e al Titolare necessari per trasmettere l'effettiva comprensione dell'alto livello della qualità clinica fornita.

Questa parte deve affrontare la risposta al seguente quesito: come riesce il paziente a valutare e, quindi, a cogliere il livello della qualità clinica che riceve? Quali strumenti oltre all'impressione, al passa parola, alla cortesia, all'estetica ambientale lo guidano a ritenere più o meno alta la qualità della prestazione a cui è stato sottoposto?

La somministrazione del questionario, per i dati qui riportati, non è stata rivolta a tutti i pazienti di tutti gli operatori clinici, proprio per i motivi già accennati nella nota 3.

Si sono considerati tutti i pazienti trattati dalle 4 igieniste e da 3 medici scelti dal Titolare tra i vari collaboratori. Il periodo del rilevamento è stato compreso tra novembre 2009 e febbraio 2010. I questionari compilati sono stati 513. ⁽¹⁰⁾

Le tavole presentate hanno 2 colonne per le percentuali. La prima, con il titolo "Cs" [customer satisfaction], si riferisce alla percentuale di risposte risultate in precedenza con la somministrazione di quel questionario. La seconda, con il titolo "Qp" [qualità percepita] risulta dall'analisi di questo questionario.

⁸⁾ E' naturalmente ovvio che i dati di rilevamento debbano essere utilizzati. Anzi, gli obiettivi devono essere ben presenti prima ancora di iniziare il rilevamento per sostenere l'attenzione richiesta già in fase di somministrazione.

⁹⁾ in questo caso il materiale della proiezione è stato realizzato graficamente in formato .ppt.

¹⁰⁾ Se confrontato con il totale di chi ha compilato il questionario di *customer satisfaction* (687), il numero risulta inferiore e potrebbe indicare una disaffezione dei pazienti nel rispondere agli items. In realtà il motivo è spiegabile con vari fattori. Il primo è che ogni mese si poneva l'attenzione su un medico e una igienista diversi, e quindi non si è proceduto in parallelo sui sette operatori in contemporanea. Il secondo al fatto che le igieniste, nel periodo di rilevamento, hanno visto ogni paziente una volta sola. Solo i tre odontoiatri hanno avuto più questionari compilati dalla stessa persona nelle sedute che si sono succedute. Inoltre occorre tener conto che il giudizio sulle assistenti si limita alla loro presenza con i medici, mentre le igieniste lavorano da sole. La segreteria è il luogo che ha visto tutti i pazienti, anche se il giudizio espresso va distribuito sui tre operatori del front office.

3.1 dati analitici del quadro generale dei pazienti

Età [tav. 1]

	Cs	Qp	
<= 6 anni		2,5	
da 7 a 15	,7	9,6	
da 16 a 30	23,7	22,6	
da 31 a 45	42,5	33,3	
da 46 a 60	22,1	19,7	
oltre 60	8,4	11,7	
nr	2,5	,6	
totale	100,0	100,0	

La tav. 1 ci porta a osservazioni più generali, da considerare soprattutto in connessione con il momento socio economico. Diminuzione leggera tra i 16-30 anni (- 1,1), pesante tra i 31-45 (- 9,2), significativa tra i 46-60 (- 2,4). La fascia di età che comprende i pazienti tra i 31 e i 45 anni è quella che presenta le maggiori difficoltà. In questo caso, trattandosi soprattutto di risposte fornite da pazienti con appuntamenti per la prevenzione o in mantenimento al termine di un ciclo di cure, risulta maggiormente evidente. Del resto questa fascia d'età è certamente quella in cui si risentono, in questa congiuntura, le maggiori difficoltà finanziarie, avendo di fronte l'impostazione della propria vita futura e/o la crescita di figli piccoli. Infatti il trend si inverte sia tra i bambini al di sotto dei 6 anni (dove si è iniziato a dedicare un pomeriggio a settimana ai piccoli accompagnati dalle madri) con un +2,5 e sia tra gli over 60 con un +3,3. ⁽¹⁾

Sesso [tav. 2]

	Cs	Qp	
maschio	32,6	48,1	
femmina	54,6	50,1	
nr	12,8	1,8	
Totale	100,0	100,0	

Titolo di studio [tav. 3]

	Cs	Qp	
elementari	5,4	8,4	
medie inferiori	26,5	30,4	
trienn - profession	18,8	15,4	
maturità	34,5	33,1	
diploma universitario	2,6	3,3	
laurea	9,8	8,4	
nr	2,5	1,0	



Le tavv. 2 e 3, se analizzate congiuntamente, potrebbero aiutare a comprendere il divario di +15,5 di pazienti maschi e il -4,5 di femmine che risultano dalle risposte al questionario. Soprattutto alla luce del fatto che nel *customer satisfaction* avevamo il 54,6% di donne e solo il 32,6% di uomini. E' vero, avevamo anche il 12,8 di *nr* mentre ora abbiamo solamente l'1,8. Ma anche ipotizzando per assurdo che tutto il -11,0 di *nr* precedente sia confluito alla voce *maschio* nell'attuale, non si raggiungerebbe ugualmente il 48,1. Dalla tav. 3 non abbiamo, su questa strada, un supporto. Se avessimo avuto un significativo aumento dei diplomati con maturità, con diploma universitario o con laurea, si potrebbe leggere il dato come una importante presa di coscienza della necessità della prevenzione e del mantenimento della salute della bocca. Ma così non è, poiché diminuiscono l'area del triennio professionale (nella norma, vista la diminuzione del titolo scolastico) e leggermente quella della maturità. L'aumento dei diplomati universitari fornisce un +0,7, anche qui nella norma, essendo il titolo da non molto tempo inserito nella formazione universitaria.

Probabilmente il motivo del riequilibrio della presenza di genere tra i due rilevamenti, sempre a favore delle donne, ma in Cs di +22,0 e in Qp di +2, è da ricercare sul fronte dell'organizzazione aziendale. Per

¹¹⁾ Un indicatore della positiva accoglienza del rilevamento da parte dei pazienti è riscontrabile nella percentuale dei nr [non risposto] che scende in maniera molto significativa in quasi tutte le tav. riportate.

sviluppare l'Igiene, che teoricamente deve essere erogata a tutti i pazienti dell'azienda ⁽¹²⁾, si procede a risentire tutti i pazienti che si sono sottoposti a delle cure ma che non sono entrati in mantenimento. Sono rimasti, cioè, "in sonno". Non sono andati da un altro medico, ma non si sottopongono, a scadenze fisse, alla detartrasi e al controllo clinico. E' indubbio che, nella prassi del nostro paese, le donne siano più attente alla prevenzione, sia per i figli e sia per se stesse, che non gli uomini. L'azione di richiamo si rivolge quindi maggiormente a uomini. Siccome nel caso in oggetto erano rilevati in modo prevalente i dati dei pazienti dell'area della prevenzione (su sette operatori clinici interessati, quattro erano igieniste), si può assumere come ipotesi di lavoro che l'azione di organizzazione aziendale abbia, tra le ricadute, anche quella di incrementare la presenza maschile tra i pazienti. Naturalmente la prova si può avere solo tenendo l'afflusso sotto controllo periodico. Ma se così fosse (e nell'azienda in oggetto i dati ci dicono che così è) avremmo la necessità di riconsiderare il modo di trasmettere la percezione della qualità. Poiché è assodato che gli uomini e le donne hanno una percezione della qualità che passa attraverso percorsi mentali diversi.

Situazione lavorativa [tav. 4]

	Cs	Qp	
studente	6,0	14,4	
in cerca di occupazione	3,8	4,1	
occupato/a	70,6	59,1	
pensionato/a	11,6	16,8	
nr	8,0	5,7	
Total	100,0	100,0	

La tav. 4 conferma il momento difficile che si sta attraversando. La diminuzione di presenze di chi è occupato rispetto a chi non lo è (-11,5), con rilevamenti collocati a pochi mesi di distanza, ridisegna la situazione del territorio. Ma segnala altresì una maggiore attenzione di chi ancora non si è inserito nel mondo del lavoro o di chi ne è già uscito. La presenza di *studenti* è ben più che raddoppiata e i *pensionati* sono cresciuti di un terzo. Si può ritenere che la coscienza dell'importanza di tenere sotto controllo la salute orale, se solo le condizioni lo permettono, sia un importante dato su cui impostare lo sviluppo dell'azienda. Gli *studenti*, perché le famiglie, che li sostengono economicamente, hanno preso coscienza dell'importanza del controllo sistematico del cavo orale, dovere di tutta la vita che si apprende fin da piccoli. Magari gli adulti diradano le cure per se stessi, ma intensificano l'attenzione sui figli. I *pensionati*, seppure talvolta in difficoltà, modificano la scala della risposta ai bisogni, andando a collocare la cura del cavo orale in un'area sempre più elevata e spostandone altre più in basso, qualora non fosse loro possibile rispondere contemporaneamente a tutte.

¹²⁾ E' possibile raggiungere questo obiettivo che, tra l'altro, rientra nel dovere deontologico del medico. E' indubbio che la detartrasi, con il connesso controllo del medico, sia lo strumento principe del dentista per garantire al paziente, che gli ha posto nelle mani la salute del proprio cavo orale, il mantenimento della salute nel tempo.

Professione [tav. 5]

	Cs	Qp	
libero professionista	3,9	,4	
commerciante	3,5	1,4	
artigiano	4,5	2,5	
imprenditore	1,6	1,8	
dirigente	1,2	1,9	
impiegato	26,3	9,9	
dipendente pubblico	6,4	2,5	
tecnico	2,5	4,5	
operaio	21,8	3,9	
agricoltore	0,1	6,6	
casalinga	9,9	6,0	
pensionato	2	8,6	
studente	3,3	18,7	
altro	6,4	22,2	
nr	6,4	9,0	
Total	100,0	100,0	

La tav. 5 relativa alla professione dei pazienti che hanno risposto agli items rivela le aree di maggiore difficoltà contingente. E sono quasi tutte le collocazioni da dipendente e, comunque, di quei lavori per i quali si può pensare a retribuzioni mediamente basse o in quelle categorie (appunto, degli occupati come dipendenti) più a rischio di cassa integrazione o di espulsione dal mondo del lavoro. In questi casi anche la collocazione di *casalinga* risente del minore afflusso di denaro nel nucleo familiare. Sono a rischio anche le posizioni autonome, come i commercianti e gli artigiani, le quali trovandosi nel terziario e quindi alla fine della filiera produttiva, subiscono la ricaduta della minore disponibilità finanziaria dei potenziali clienti pur avendo, in condizioni diverse, una aspettativa di reddito maggiore.

I liberi professionisti sono da valutare con particolare attenzione. La loro collocazione li pone in teoria tra coloro che non dovrebbero soffrire particolarmente in questo momento. Ma subiscono per contro una pesante selezione al loro interno, e ciò vale per tutte le aree professionali. Nella condizione socio-economica precedente anche professionisti di media capacità avevano comunque un loro mercato a cui attingere, il che permetteva loro di mantenere un trend di vita tranquillo. Ora, sotto la spinta della minore disponibilità, tutti coloro che accedono all'attività dei professionisti (avvocati, commercialisti, consulenti del lavoro, architetti, medici, dentisti etc.) vogliono la qualità, vogliono il professionista di livello alto. Disposti anche a pagare di più, ma a fronte di risultati che durino nel tempo e che non richiedano, se non nella misura minore possibile, ulteriori interventi correttivi. Il nostro Paese ha visto proliferare una pleora atipica di professionisti in quasi tutti i settori di specializzazione, tale da non avere confronti con quasi nessuno degli altri paesi Europei. Ciò perché si mirava soprattutto a quelle professioni, pur disponendo di capacità medie, che garantivano una vita economicamente agiata o serena. Oggi si va alla selezione. I clienti si indirizzano verso la qualità e l'eccellenza: chi non è in questa fascia è destinato a scomparire. Per restare nel mondo odontoiatrico, in Italia il rapporto dentista-paziente è attorno a 1/800. Nella media europea abbiamo circa 1/2000. E' nelle cose che in tempi medi il nostro "parco dentisti" si dimezzi. Lo stesso discorso credo possa valere per le altre professioni intellettuali. ⁽¹³⁾

Molto elevato l'ingresso degli agricoltori, crescono le fasce di reddito che si può ipotizzare più elevato (tecnico specializzato, imprenditore, dirigente), si quadruplica la presenza dei pensionati con motivazioni che abbiamo già visto in precedenza. E' invece di difficile interpretazione la crescita molto importante della voce *altro* che, al momento, è un interrogativo che si dovrà cercare di chiarire nel terzo passaggio del rilevamento di cui si parlerà più avanti.

Si segnala solamente l'aumento di circa un terzo di coloro che non hanno risposto alla domanda sul mestiere svolto. Di tutte le tavole, questo è tra i pochi casi di aumento di *nr* rispetto al dato rilevato in precedenza nel Cs.

¹³⁾ il tentativo di disegnare uno scenario ragionevole dei cambiamenti a medio termine (5-10 anni) della collocazione delle professioni all'interno del quadro sociale del nostro paese e dell'Europa, e quindi necessariamente anche l'odontoiatria, sarà affrontato in modo più articolato in uno dei prossimi articoli.

3.2 dati analitici delle impressioni generali dei pazienti

Con le tavv. dalla 6 alla 8 si incomincia a toccare l'ambito delle impressioni generali che si generano nei pazienti quando si trovano all'interno dello Studio. Sono dei flash che tutti noi proviamo quando affrontiamo una situazione e che ci permettono di farci in tempi molto rapidi un primo giudizio. Naturalmente possono essere lontani dalla verità o anche decisamente sbagliati. Proprio per questo è opportuno averne coscienza, perché occorre agire in primo luogo sulle "impressioni generali" che si formano ogni volta che si accede ad un luogo anche noto, come può essere lo studio del proprio dentista.

La percezione della qualità con l'obiettivo dell'eccellenza deve essere educata e formata nel paziente. E' rischioso muovere dalle idee che noi abbiamo, perché si corre il rischio che, anziché fornire un aiuto al paziente, lo si porti in ambiti che non può capire o che non è disposto a sentire. Naturalmente questi items danno ancora indicazioni troppo generali perché le si possa tradurre in azioni concrete. Ma già sapere che l'igiene degli ambienti, ad una prima osservazione, risulta al paziente del tutto idonea ci fornisce l'indicazione di non dedicare del tempo a quell'aspetto e di orientarci su altri.

Come considera l'igiene degli ambienti [tav. 6]

	Cs	Qp
Completamente adeguato	31,3	65,9
Molto adeguato	38,3	30,0
Abbastanza adeguato	18,6	3,5
poco	,6	
nr	11,2	,6
Totale	100,0	100,0



La tav. 6 ci offre un quadro del tutto rassicurante. Quasi il 96% considera *completamente* o *molto* adeguata l'igiene complessiva. Sulle stesse voci si aveva, nel rilevamento di Cs, il 69,6. L'incremento di oltre +25% rilevato dal questionario attuale di Qp non è possibile attribuirlo, come ovvio, al fatto che si è passati all'improvviso a dare di brusca e striglia ai mobili, al pavimento e ai ferri. La situazione era già come ora in precedenza, tuttavia era *vista* ma non *osservata*. Questo è il risultato di aver sottolineato in vari momenti l'importanza dell'igiene nell'area delle cure dentali. Ciò è avvenuto durante le sedute, è stato ripreso dalle assistenti e dai medici che hanno portato l'attenzione del paziente sulle procedure, è stato sottolineato tra gli argomenti durante l'incontro dello Studio con i pazienti quando si è voluto portare le conclusioni del rilevamento a conoscenza di tutti coloro che avevano dato il loro contributo.

Ma avere ora la conferma che chi entra in studio ha, tra le prime impressioni, la sensazione di essere in un luogo igienicamente rassicurante permette all'operatore clinico di partire da un atteggiamento del paziente positivo.

Ulteriore conferma della crescita della percezione dell'igiene generale dell'ambiente proviene dalla diminuzione di *abbastanza adeguato* [da 18,6 a 3,5] e dalla scomparsa di *nr*.

Si ritiene soddisfatto del livello di qualità delle prestazioni [tav. 7]

	Cs	Qp
completamente	32,3	31,6
molto	50,7	51,3
abbastanza	12,4	11,9
non del tutto	0,9	,2
no	0,1	
nr	3,6	5,1
Total	100,0	100,0



La tav. 7 è l'altro aspetto generato *dall'osservare* e non solo dal *vedere*. Sommando le voci *completamente* e *molto* in Cs abbiamo 83, le stesse voci in Qp danno 82,9. Se aggiungiamo la voce *abbastanza* in entrambi i risultati, abbiamo un'ulteriore diminuzione di 0,5. Sulle tre voci, in entrambi i rilevamenti, abbiamo in Cs 95,4 e in Qp 94,8. Non è certo molto un -0,6, ma si nota nel contesto che presenta un trend marcatamente positivo. Inoltre un numero maggiore di pazienti si astiene dal rispondere. Ciò non significa che ci sia un abbassamento nella percezione del livello di qualità fornita. Significa piuttosto che si prende coscienza di non avere tutti gli strumenti necessari per dare un giudizio. Si innesca degli interrogativi. Questa è l'indicazione che emerge e che richiede delle risposte. ⁽¹⁴⁾

Le sono state adeguatamente spiegate le terapie proposte? [tav. 8]

	Cs	Q
si	81,8	98,1
no	2,0	,8
nr	16,2	1,2
Totale	100,0	100,0



L'impegno ad essere chiari, attenti al linguaggio, alla precisione dei termini mirati all'interlocutore che di volta in volta si presenta forniscono risultati del tutto evidenti. Si passa dal livello già alto del Cs [81,8] alla quasi totalità di soddisfazione in Qp [98,1]. Quasi eliminate le voci *no* [0,8] e le precedenti importanti astensioni in *nr* [da 16,2 a 1,2]. Naturalmente occorre ricordare che abbiamo [tav. 5] importanti settori di pazienti in diminuzione, tra i quali non è inverosimile pensare che fosse collocata gran parte di coloro che avevano maggiori difficoltà a comprendere la spiegazione delle terapie. Per contro in forte aumento altre, soprattutto gli studenti, dove è più facile ritrovare soggetti con maggiori capacità linguistiche e più allenati a cogliere la sintesi di quanto loro comunicato. Ma questi aspetti di cautela nell'interpretazione del dato non possono spiegare da soli la crescita così elevata del tasso di soddisfazione che si ritrova nella risposta *si*.

Consiglierebbe ad altri lo Studio [tav. 9]

	Cs	Qp
si	96,4	97,5
no	0,6	,8
Non so		1,2
nr	3,1	,6
Totale	100,0	100,0



Questa risposta [tav. 9] ci dice il "clima" che respirano i pazienti dello studio. Il tasso di passa parola positivo è ulteriormente cresciuto rispetto al primo rilevamento. Stante l'impossibilità fisiologica di avere il 100% di persone disponibili a proporre la struttura ad altri, il 97,5% è di fatto la totalità dei pazienti. ⁽¹⁵⁾

¹⁴⁾ Lo studio ha già iniziato a percorrere questa strada. Nell'incontro globale con i pazienti ogni medico, in un apposito stand, ha descritto e spiegato con dimostrazioni pratiche gli obiettivi del suo ambito di specializzazione e le procedure necessarie per raggiungerli. La descrizione delle modalità di intervento e la partecipazione dei pazienti è descritta in: <http://admin.rossiniodontoiatri.it/newsletter/7.html>

¹⁵⁾ Questo risultato non è stato raggiunto per caso. Dietro ci sono oltre 5 anni di investimenti e di lavoro sull'organizzazione, sulla formazione delle Risorse Umane e cliniche, sull'ottimizzazione dei supporti informatici, sulla fluidificazione logica della filiera di produzione, sull'aggiornamento costante dei clinici –medici e igieniste-, sull'analisi sistematica dei dati di produzione, sullo sviluppo dei sistemi informativi, su azioni di pubbliche relazioni locali, nazionali e internazionali. E l'attenzione costante al lavoro di costruzione e di ri/motivazione del team aziendale.

Vorrebbe ricevere informazioni dai suoi dentisti [tav. 10]

	Cs	Qp
si	65,2	70,6
no	22,6	26,1
nr	12,2	3,3
Totale	100,0	100,0



rebbe ricevere informazioni tramite [tav. 11]

	Cs	Qp
lettera	29,3	28,7
e-mail	34,2	44,4
nr	36,5	26,9
Totale	100,0	100,0



Le tavv. 10 e 11, a conclusione delle informazioni più generali che si sono ricavate dall'analisi delle risposte, rivelano la disponibilità e il desiderio di informazione e di conoscenza dei clienti sulle questioni della salute orale.

La tav. 10, osservando i due rilevamenti successivi, presenta un risultato apparentemente contraddittorio, con +5,4 che vuole ricevere informazioni dallo Studio e +3,5 che non le vuole. Questa variazione, in entrambi i casi, è mutuata da coloro che nel rilevamento di Cs non avevano risposto e invece in questo di Qp sì. Era indubbiamente una nicchia non emersa in precedenza che ora si evidenzia. Rimane comunque un elemento positivo che molti più pazienti si siano espressi. Inoltre teniamo ben presente che ammonta al 70,6% il nucleo di coloro che vogliono informazioni, dato molto elevato.

La tav. 11 indica il cambiamento avvenuto nella popolazione dei pazienti rispetto al supporto per ottenere informazioni. Diminuiscono leggermente coloro che vorrebbero informazioni cartacee mentre si incrementa di un quarto [da 34,2 a 44,4] la fascia che vuole il canale informatico. Ciò è sicuramente merito anche dell'attività di aggiornamento costante del nuovo sito aziendale e dell'invio delle newsletter e l'inserimento degli strumenti dei social network, in particolare di facebook.

3.3 dati analitici della percezione di aspetti degli operatori

3.3.1 cortesia

Si ritiene soddisfatto della cortesia del personale della Segreteria? [tav. 12]

	Cs	Qp
completamente	31,1	33,5
molto	44,7	47,4
abbastanza	18,2	14,0
non del tutto	1,9	0,4
poco	0,1	
no		,2
nr	3,9	4,5
Total	100,0	100,0



Le tavv. da 12 a 15 riportano la percezione della voce cortesia per le figure degli operatori che sono entrati in relazione con il paziente durante la seduta di trattamento. In alcuni casi sono 3 (segretaria front office, assistente, medico) oppure 2, come nel caso del trattamento di igiene (segretaria front office, igienista). Se al trattamento di igiene si abbina, a volte, il controllo del medico, allora anche qui le figure di operatori sono 3.

Tutte le tavv. indicano un atteggiamento più consapevole nelle risposte, trasferendo la percezione –in questo caso, della **cortesia**- dal *completamente* a *molto*. Infatti, pur con le diverse sfumature linguistiche territoriali del nostro paese, rimane il fatto che *completamente* è in genere un avverbio che esprime *un insieme* e non una osservazione più analitica di tutti i passaggi di un avvenimento. *Molto* invece sottolinea una consapevolezza che deriva dall'aver osservato con attenzione quell'avvenimento. La tav. 12 è l'esempio adatto. L'incremento di certe categorie di professioni (particolarmente gli agricoltori e i pensionati) incrementano la voce *completamente*, ma cresce in misura maggiore la voce *molto*. Si incrementa anche il *nr*, che si può leggere come attenta sospensione del giudizio. Si tenga però conto che mentre in Cs la somma di *completamente* e *molto* dà 75,8, in Qp otteniamo 80,9.

Si ritiene soddisfatto della cortesia del personale Assistente alla Poltrona? [tav. 13]

	Cs	Qp
Completamente	54,0	45,4
Molto	33,6	44,2
Abbastanza	5,8	8,4
No		,2
nr	6,6	1,8
Totale	513	100,0



La tav. 13, che rileva la valutazione della cortesia del personale di assistenza, vede una importante ridistribuzione di collocazione dove la percentuale di *completamente* viene distribuita su *molto*, voce che si incrementa anche con i precedenti *nr*, i quali vanno anche a incrementare *abbastanza*. Questo avverbio rivela che ci sono indubbiamente degli aspetti che non sono del tutto graditi, ma i pazienti, in questo rilevamento, scelgono di rispondere ugualmente anziché trincerarsi dietro un *nr*. Complessivamente, confrontando i due questionari e sommando in ognuno *completamente* e *molto*, si ottiene comunque un giudizio più favorevole del precedente [87,6 e 89,6] e, in assoluto, un giudizio estremamente positivo.

Si ritiene soddisfatto della cortesia delle Igieniste? [tav. 14]

	Cs	Qp
Completamente	56,9	53,0
Molto	29,4	40,2
Abbastanza	4,7	4,3
Poco	,4	,2
No	,1	,4
nr	8,4	1,9
Totale	100,0	100,0



La tav. 14 riporta un tasso di percezione della cortesia cresciuto in modo notevole tra i due rilevamenti. Si passa da 86,3 a 93,2 sommando sempre le voci *completamente* e *molto*. Occorre tenere conto che il questionario di Qp viene compilato immediatamente al termine della seduta e quindi sotto la diretta sensazione provata poco prima. Inoltre l'operatore clinico, che sa di essere valutato subito dal paziente, è particolarmente attento a controllare tutti gli aspetti del trattamento. Il risultato è quindi che il paziente coglie tutti i passaggi della filiera di lavorazione e le modalità con cui sono stati affrontati dall'operatore. Quindi il rilevamento assolve ad una duplice funzione: quella di orientare il paziente a rilevare la qualità della prestazione e quella di stimolare l'operatore a fornirla con il massimo dell'impegno e delle capacità cliniche. Come successo in precedenza, rispondono quasi tutti.

Si ritiene soddisfatto della cortesia del personale Medico? [tav. 15]

	Cs	Qp
Completamente	57,4	50,9
Molto	34,4	41,9
Abbastanza	2,6	5,7
Poco		,2
No	,1	,4
nr	5,5	1,0
Totale	100,0	100,0



Cresce anche per i medici la percezione della cortesia, anche se con minore rilevanza perché già alta in precedenza [da 91,8 a 92,8] sommando sempre le voci *completamente* e *molto* per ognuno dei rilevamenti. Si tenga conto che si sono rilevate le presenze dei pazienti solo su 3 medici collaboratori. Siamo sempre comunque su percentuali di fisiologica saturazione.

3.3.2 professionalità

La questione della percezione della professionalità pone problemi più complessi rispetto alla cortesia. E' più facile per chi analizza i dati individuare il significato dell'espressione "una persona cortese". Il significato è pressoché univoco e risultano comuni i parametri di valutazione per determinarne la maggiore o minore presenza. Non è così per il termine **professionalità**. Ognuno di noi in base al proprio modo di lavorare, agli obiettivi della vita, alla fascia culturale di appartenenza, alle personali esperienze può attivare parametri di valutazione che si discostano assai tra l'uno o l'altro soggetto che valuta. Ne consegue una seria difficoltà a trarre indicazioni valide per gli operatori dello Studio, che cosa andare a sottolineare per condurre il paziente a valutare correttamente la qualità della prestazione ottenuta. Questo motivo sarà alla base del terzo passaggio descritto successivamente (cfr. punto 4).

Si ritiene soddisfatto della professionalità del personale Assistente alla Poltrona? [tav. 16]

	Cs	Qp
Completamente	52,7	43,9
Molto	33,8	44,8
Abbastanza	6,3	9,0
Poco	,1	,2
No		,2
nr	7,1	1,9
Totale	100,0	100,0

La tav. 16 indica la percezione della professionalità delle assistenti. Sommando sempre le voci *completamente* e *molto* abbiamo, nel primo rilevamento, 86,5 e in questo 88,7. La crescita, quando si giunge in situazioni apicali com'è la situazione di pressoché tutti gli operatori di questo Case History, assume significati importanti anche se si limita a +2,2 punti percentuali. Va letta come l'azione di perfezionare aspetti molto raffinati quali la comunicazione non linguistica, il linguaggio verbale, l'autocontrollo, la precisione dei gesti, l'attenzione al look. Per contro continua ad essere confermata l'attenzione del paziente a questi aspetti, con un'importante diminuzione di *completamente* e relativa ricollocazione su *molto*, l'incremento di *abbastanza* come risultato della importante decisione dei pazienti di rispondere e uscire dall'anonimato dei nr.

Si ritiene soddisfatto della professionalità delle Igieniste? [tav. 17]

	Cs	Qp
completamente	57,4	52,8
molto	29,3	40,9
abbastanza	4,7	4,1
poco	,3	
no	,3	,4
nr	8,2	1,8
Totale	100,0	100,0

La tav. 17 rispecchia la situazione della tav. 14 relativa alla cortesia con il fatto che, muovendo da una situazione del precedente rilevamento leggermente più elevata, otteniamo un risultato fisiologicamente pari alla totalità [da 86,7 a 93,7]. Resta comunque l'interrogativo molto importante: su quali basi il paziente attribuisce il certificato di professionalità.

Si ritiene soddisfatto della professionalità del personale Medico? [tav. 18]

	Cs	Qp
Completamente	57,9	51,3
Molto	32,2	42,3
Abbastanza	3,2	5,1
Poco		,2
No	,3	,2
nr	6,4	1,0
Totale	100,0	100,0



La tav. 18 riporta la professionalità dei medici. Anche qui ci troviamo in posizioni apicali in entrambi i rilevamenti, ed anche qui la crescita, confrontando i due rilevamenti, può sembrare poco importante, ma nella sostanza è molto rilevante [da 90,1 a 93,6]. Intanto perché +3,5 punti percentuali su un giudizio già di vertice sono un risultato sostanzialmente pari alla totalità dei pazienti. E poi, ha sicuramente influito sulla percezione l'evento dell'incontro con i pazienti in cui i medici hanno spiegato apparecchiature, metodi e materiali per risolvere le patologie. Questo aspetto può delineare la chiave di interpretazione per individuare i parametri utilizzati dai pazienti per definire il concetto di *professionalità*. Ma rimane vero che questo aspetto va approfondito.

Percezione della qualità professionale: parametri utilizzati dai pazienti

4.1 .⁽¹⁶⁾

I passaggi di questo terzo momento per raggiungere gli indicatori utilizzati dai pazienti per stabilire la qualità della professionalità dell'operatore clinico prevedono:

- individuazione degli operatori clinici di riferimento, in modo da sapere a quali pazienti chiedere la compilazione del questionario;
- domande mirate ad individuare gli indicatori utilizzati per comprendere com'è intesa la professionalità nelle varie aree professionali:
 - ✓ del medico (considerata nella prima parte dell'indagine con un tasso positivo del 93,6);
 - ✓ dell'igienista (considerata nella prima parte dell'indagine con un tasso positivo del 93,8).
 - ✓ dell'assistente (considerata nella prima parte dell'indagine con un tasso positivo dell' 88,7);
 - ✓ della segreteria;
- domande mirate ad individuare gli indicatori utilizzati per comprendere il livello di igiene ambientale percepita (considerata nella prima parte dell'indagine con un tasso positivo del 95,9);
- domande mirate ad individuare gli indicatori utilizzati per comprendere la qualità della sterilizzazione dei ferri (considerata nella prima parte dell'indagine con un tasso positivo del 92,4).

4.2.

Come già detto nella precedente parte 1 della ricerca, occorre individuare meglio quali sono i parametri utilizzati dai pazienti per giungere alla percezione della qualità professionale. Qual è il percorso che porta il paziente ad affermare, alla fine del trattamento: questo medico possiede le capacità professionali che cerco.

Esso si pone come indispensabile per ottenere il rilevamento di dove si annidano le difficoltà di comprensione del paziente.

La difficoltà di percezione della qualità è collocata, per il paziente, nella sfera della specifica professionalità clinica del dentista. Che il paziente non conosca i materiali utilizzati è fuor di dubbio, poiché i medici stessi hanno talvolta difficoltà a seguire tutte le innovazioni scoperte dal settore della ricerca. Non conosce poi le innovazioni sul fronte delle attrezzature, soprattutto dopo l'ingresso e l'attuale uso massiccio dell'elettronica. Non conosce il motivo per cui sono seguite molte metodiche, che può percepire come perdita di tempo e non vederle come indispensabili per garantire la sterilità nello spazio clinico.

Per contro i pazienti, vivendo nel nostro contesto sociale sono, come tutti noi siamo, in grado di cogliere aspetti metaclinici anche in modo molto raffinato: colori, odori o profumi, suoni, luci, modalità di accoglienza, puntualità etc. Ma se su questi aspetti è possibile intervenire con sostanziale sicurezza di toccare aspettative reali, su quelli connessi con lo "specifico clinico" non si hanno le stesse certezze. Anche perché, quello della qualità percepita, è un problema relativamente nuovo. Nella sua storia operativa, il mondo clinico sanitario –e in particolare il dentista- ha raramente avuto di fronte un interlocutore che poneva la richiesta di entrare nel merito "tecnico" dell'azione svolta. Dai prodotti utilizzati, ambito su cui i cosiddetti inserti sulla salute dei vari organi dei media ci sguazzano a fini meramente commerciali, alle discussioni sulle applicazioni tecnologiche avanzate – ad es. laser sì, laser no-, alle metodiche di soluzione clinica più avanzate rispetto a precedenti metodologie.

Siccome tutti questi aspetti della percezione del paziente ruotano attorno al concetto di professionalità, essa va meglio chiarita con un terzo momento di rilevamento. Si utilizzerà sempre il questionario, anche

¹⁶⁾ Questa parte del case history è la continuazione di quanto realizzato finora nello Studio Rossini di Monguzzo (Co), Studio con il quale stiamo collaborando da tempo. [cfr. www.rossiniodontoiatri.it – fb: "studio rossini odontoiatri"]. L'utilizzo di questi dati è stato concesso dal Titolare dott. Michele Rossini. Il dott. Rossini ha pubblicato un articolo di sintesi finale sul rilevamento del customer satisfaction, e dell'uso che è possibile farne, sulla propria newsletter abitualmente inviata ai pazienti. L'articolo è visibile al seguente indirizzo web:

<http://www.lessicom.it/wp-content/uploads/2010/07/customer-satisfaction-nello-studio-odontoiatrico1.pdf>

La prima parte dell'indagine è stata pubblicata su *Il Dentista Moderno*, ed. Tecniche Nuove, anno XXIX, gennaio 2011, n° 1.

qui si avranno non più di una decina di domande a risposta chiusa, si coinvolgerà il paziente con l'obiettivo di ottenere un servizio migliore. La disponibilità dei pazienti, se la richiesta viene formulata in modo corretto, abbiamo già visto come sia aumentata in modo notevole nel secondo rilevamento, quello appunto riguardante la qualità percepita. La prova l'abbiamo nel vedere come siano praticamente scomparsi tutti i *non risposto* per quasi tutti gli items.

L'obiettivo di addentrarsi in una ulteriore e più approfondita analisi è giustificato dal fatto che ne devono scaturire azioni concrete, dei cambiamenti più o meno importanti nell'approccio quotidiano con la clientela. E' evidente che la parte preponderante sarà orientata all'uso del linguaggio e alle modalità della descrizione e della spiegazione. Saranno necessari supporti visivi. Diventerà elemento sostanziale costruire una corretta filiera di lavorazione per ottenere il risultato a cui si mira.

L'indagine sul pacchetto-clienti e sulla sua composizione, in qualunque azienda la si conduca e ormai quasi tutte le aziende che fanno qualità la realizzano [tenendo costantemente sotto controllo la variazione nella clientela], deve tradursi in azioni che ne migliorano l'immagine e di conseguenza la produzione. Anche lo studio odontoiatrico, essendo un'azienda, deve essere cosciente che la sua finalità è di produrre utili. In un campo particolare com'è la salute, e con metodologie particolari, ma alla fine devono esserci degli utili quantificabili. Quindi la ricerca e l'analisi, indispensabili per l'azienda, non sono fine a se stesse come se fossimo in un laboratorio, ma devono tradursi in azioni che ne favoriscano il raggiungimento. ⁽¹⁷⁾

4.3 Dati generali: pazienti e operatori clinici

Le caratteristiche dei pazienti a cui è stato somministrato il questionario di approfondimento sono le stesse, ovviamente, che si presentano nel rilevamento precedente.

I 4 medici di riferimento scelti dalla Proprietà per valutare, da parte dei pazienti, il livello di professionalità operano rispettivamente nelle specializzazioni di protesi, chirurgia, conservativa e endodonzia, ortodonzia.

Le prime visite, e i conseguenti piani di cura, sono eseguite dallo stesso medico, fatta eccezione per chirurgia, dove è lo stesso specialista a formulare il piano di cura.

5 parametri di valutazione per la percezione della professionalità indicati dai pazienti in generale

I pazienti, nello studio di riferimento, utilizzano strumenti di valutazione della professionalità che esulano sostanzialmente sempre da quelli clinici. Ciò vale per tutti gli operatori presenti, qualunque sia la funzione che sono chiamati a svolgere.

Come si può vedere dalle tabelle successive, la professionalità è individuata nelle attenzioni che gli operatori rivolgono al paziente, alla costruzione nel tempo della fiducia, alla comprensione delle spiegazioni che vengono fornite.

Le igieniste devono fornire "consigli utili": è individuato come elemento sostanziale di professionalità.

Le assistenti sono giudicate professionali con indicazioni di parametri non diversi da quelli richiesti al medico. Le segretarie sono valutate al primo impatto: devono essere cortesi e devono saper sorridere.

E' fondamentale aprire le confezioni dei ferri sterili davanti al paziente. E poi determinante saper cogliere le reali urgenze, poter avere accesso veloce alla linea telefonica libera, trovare i locali ordinati.

Tutto il resto va bene se c'è, ma non sembra costituire importante indicatore per valutare la maggiore o minore professionalità.

Resta comunque vero che la capacità tecnica non rientra tra i parametri utilizzati dai pazienti per valutare la professionalità. Pare che la capacità tecnica sia data per scontata.

¹⁷⁾ I risultati dell'analisi di questa seconda parte dovranno essere utilizzati soprattutto a fini interni, in modo da avere le conoscenze corrette per guidare i pazienti alla percezione esatta dell'eccellenza della professionalità aziendale e su quali elementi effettivamente si basa. Al prossimo evento, previsto nella seconda parte del 2011, si avrà modo di far arrivare i dati all'intero target dello Studio.

5.1 Rispetto ai Medici

	si	no	nr
Spiegazione preventiva	63,5	35,9	0,6
Attenzione nel mettere a proprio agio il paziente	61,4	38	0,6
Puntualità	60,8	38,6	0,6
Capacità di instaurare un rapporto di fiducia nel tempo	55,3	44,1	0,6
Utilizzo di strumentazione di supporto adeguata e moderna	54,4	44,9	0,6
Spiegazione durante la seduta	53,2	46,2	0,6
Chiarezza dell'esposizione	52,5	46,8	0,6
Spiegazione sugli effetti della specifica terapia effettuata	51,3	48,1	0,6
Capacità di personalizzare il piano di trattamento terapeutico	47	52,3	0,6
Attenzione al paziente come persona	40,5	58,9	0,6
Capacità di ascoltare	35,7	63,7	0,6
Non rispondere al telefono durante il trattamento	30,2	69,2	0,6
Chiamata del paziente dopo l'intervento	27,2	72,2	0,6
Informazioni sulla salute in generale	16,7	82,7	0,6
Attenzione all'immagine e cura della propria persona	16,2	83,1	0,6
Rimandare a valutazioni successive o a un consulto con uno specialista	13,7	86,7	0,6
Esposizione del titolo di laurea e di specializzazione	12,4	86,9	0,6
Lavorare a porte chiuse	11,8	87,6	0,6
Identificazione sulla divisa	10,8	88,6	0,6
Scherzoso e abitualmente disponibile alla battuta	10,3	89,1	0,6
Esposizione degli attestati di partecipazione a corsi e convegni	8,4	90,9	0,6
Parlare di soldi oppure no	5,9	93,5	0,6

5.2 Rispetto alle Igieniste

	si	no	nr
Capacità di fornire consigli utili	76,6	19,2	4,2
Capacità di esporre chiaramente le motivazioni dell'igiene	58	37,8	4,2
Capacità di lavorare in équipe con l'odontoiatra	55,5	40,3	4,2
Capacità di stabilire un rapporto di fiducia nel tempo	49,8	46	4,2
Capacità di ascoltare	35	60,8	4,2
Non rispondere al telefono durante il trattamento	28,3	67,5	4,2
Lavorare a porte chiuse	13,7	82,1	4,2
Identificazione sulla divisa	11,4	84,4	4,2

5.3 Rispetto alle Assistenti

	si	no	nr
Capacità di mettere il paziente a proprio agio	66,2	31,2	2,5
Ordine e pulizia della sala operatoria	64,8	32,7	2,5
Capacità di assistere e aiutare il medico alla poltrona	64,3	33,1	2,5
Cortesìa e sorriso	57,6	39,9	2,5
Capacità di fornire sostegno e informazione durante la terapia	36,5	61	2,5
La relazione con il paziente alla poltrona	33,3	64,1	2,5
Aiutare il paziente a capire le procedure interne allo studio	30,4	67,1	2,5
Rispondere al telefono durante la seduta ma non disturbare il medico	20,3	77,2	2,5
Accompagnamento del paziente durante gli spostamenti	19,2	78,3	2,5
Attenzione all'immagine e cura della persona	18,6	78,9	2,5
Aiuto durante la fase di dimissioni del paziente	13,1	84,4	2,5
Identificazione sulla divisa	11,2	86,3	2,5

5.4 Rispetto alle Segretarie

	si	no	nr
Cortesìa e sorriso	66,0	30,4	3,6
Velocità di smistamento in entrata e in dimissioni	47,5	48,5	3,6
Capacità di capire e risolvere un problema particolare	47,5	48,9	3,6
Elevato grado di riservatezza	42,0	54,4	3,6
Capacità di sostenere il rapporto tra medico e paziente	41,4	55,1	3,6
Capacità di soluzioni diversificate e personalizzate per ogni paziente	40,7	55,7	3,6
Capacità di interagire con il medico senza interromperne il lavoro	30,8	65,6	3,6
Ordine del bancone	30,6	65,8	3,6
Non rispondere al telefono durante il colloquio con un paziente	16,2	80,2	3,6
Identificazione sulla divisa	10,3	86,1	3,6
Presenza in segreteria di personale non addetto	3,2	93,2	3,6

5.5 Rispetto al Grado di pulizia degli ambienti e di sterilizzazione delle attrezzature

	si	no	nr
Apertura delle confezioni sterili davanti al paziente	82,7	14,1	3,2
Utilizzo della pellicola monouso a protezione di parti delle macchine	67,9	28,9	3,2
Applicazione delle norme più avanzate per disinfezione strumentario e ambienti	65,0	31,9	3,2
Sterilizzazione dell'aria e dell'acqua	49,6	47,3	3,2
Ordine della sala di attesa	33,3	63,5	3,2
Bagni dei pazienti	30,8	66,0	3,2
Sterilizzazione a vista con porta aperta e con vetrate	20,5	76,4	3,2
Cartelli informativi	17,7	79,1	3,2

5.6 Rispetto al Grado di organizzazione dello Studio

	si	no	nr
Valutazione adeguata dell'urgenza	60,8	34,8	4,4
Facilità di entrare in contatto telefonico con lo Studio	59,7	35,9	4,4
Ordine degli ambienti	53,0	42,6	4,4
Possibilità di ricevere informazioni	47,9	47,7	4,4
Capacità di personalizzare il piano di trattamento economico	39,0	56,5	4,4
Attenzione alla riservatezza	37,3	58,2	4,4
Calore e accoglienza dell'ambiente	37,1	58,4	4,4
Programma adeguato per la prevenzione [soprattutto i bambini]	35,7	59,9	4,4
Cartelli informativi	34,0	61,6	4,4
Attenzione ai nuclei famigliari [single, famiglie numerose, pensionati]	30,0	65,6	4,4
Servizio di informazione adeguato alle moderne tecnologie [internet]	28,9	66,7	4,4
Esposizione dell'elenco dei clinici e indicazione della specialità trattata	28,7	66,9	4,4
Tempo trascorso fra la richiesta e la risposta	28,5	67,1	4,4
Giornali e pubblicazioni aggiornate in sala d'attesa	15,8	79,7	4,4
Esposizione di quadri e opere d'arte	7,4	88,2	4,4

6. Uso dei risultati

L'analisi sulla qualità percepita dai clienti va naturalmente tarata per ogni situazione. Entrano in gioco gli aspetti del territorio (abitudini, lingua, tradizioni, fasce culturali etc.), gli operatori presenti nella struttura, la mission della società di servizi alla persona a cui si richiede una prestazione ⁽¹⁸⁾.

Tuttavia alcuni passaggi, nell'utilizzo dei risultati sintetici finali, seguono le stesse procedure.

- momento di discussione interna tra gli operatori e messa a punto delle correzioni per modificare gli aspetti negativi emersi;
- eventuale formazione degli operatori, soprattutto rispetto alla precisione linguistica e terminologica, per un migliore allineamento a quanto indicato dai pazienti come principale indicatore di professionalità;
- applicazione nello studio dei suggerimenti forniti dai pazienti e controllo sistematico delle correzioni apportate;
- precisazioni scritte sui vari social media e social network utilizzati nello studio (facebook, blog, twitter, newsletter, ustream etc.) e rivolti, con obiettivi diversi, ai pazienti dello studio.

¹⁸⁾ E' naturalmente diverso il metro utilizzato per valutare la professionalità di un commercialista, di un fiscalista, di un consulente del lavoro, di una società di organizzazione aziendale e di un operatore clinico.