

Cap. 11 – Qualità e umanizzazione

Introduzione

Due termini ricorrenti nella sanità sono: qualità e umanizzazione. Deriva dall'esperienza la nostra convinzione che l'accurata applicazione delle metodologie della qualità, supportate dalla filosofia dell'umanizzazione, soddisfano validamente le attese del sofferente offrendo un servizio efficace ed efficiente. Di conseguenza, emerge l'importanza che chi opera in questo settore, approfondisca le due tematiche nei significati e nelle applicazioni.

1. Qualità

Oggi, si parla con insistenza di qualità: qualità della vita, qualità del lavoro, qualità del servizio, qualità del prodotto, qualità totale (Total quality management - Tqm), miglioramento continuo della qualità (Continuous quality improvement - Cqi), verifica e revisione della qualità (Quality assurance - Vrq).

E' questa una metodologia che riguarda molteplici aspetti della vita personale e professionale e la chiave del successo in vari settori. Dunque, oggi, è utopistico voler operare validamente in sanità a tutti i livelli ignorando alcuni presupposti di base.

1.1. FONDAMENTI DELLA QUALITÀ

F. Vuori sostiene che la qualità è la "capacità di un prodotto di rispondere completamente agli scopi per i quali è stato progettato e costruito al più basso costo possibile"¹. Galgano nel testo "La qualità totale" ricorda che "con questo termine si deve intendere un concetto globale e unificatore che ingloba tutto quanto riguarda l'obiettivo di eccellenza al quale deve tendere l'azienda"². L'Institute of Medicine di Washington affermò che la qualità è "il grado con cui i servizi sanitari incrementano la probabilità per i singoli individui e per una popolazione di ottenere i risultati sanitari desiderati, coerenti con lo stato attuale delle conoscenze professionali"³. Il Presidente degli Stati Uniti, G. Bush, alla cerimonia per la consegna del Premio Baldrige nel 1989 formulò questa lapidaria definizione di qualità: "Negli affari vi è una sola definizione di Qualità: la soddisfazione del cliente". Da queste precisazioni, si evince che la qualità interessa l'organizzazione di un servizio, le prestazioni offerte e l'immagine proiettata all'interno e all'esterno; e la finalità è sempre la stessa: la soddisfazione del cliente.

La qualità è, dunque, l'insieme delle caratteristiche di un prodotto che soddisfano le aspettative e le esigenze espresse o sottintese dell'utente. E poiché queste si modificano nel tempo è inderogabile la revisione periodica dei vari processi. Con questa sottolineatura abbiamo voluto rilevare l'origine delle diverse "insoddisfazioni" dei pazienti che possiamo identificare nella insufficiente condivisione del concetto di qualità con gli operatori, specialmente i medici, che valendosi delle risorse scientifiche ricercano la qualità prevalentemente da un'angolatura tecnica, mentre il paziente l'esige rivendicando, oltre l'accettazione dei suoi valori e della sua autonomia, nell'aspetto relazionale e nel soddisfacente comfort alberghiero.

¹ F. DI STANISLAO, *Valutazione e revisione di qualità delle procedure sanitarie: principi e metodi*. In "Sanità Pubblica e Medicina Pratica" n. 2, 1993, pg. 1926.

² A. GALGANO, *La qualità totale*, il Sole 24 Ore Libri, Milano 1990, pg. 28.

³ *Valutazione e revisione di qualità delle procedure sanitarie: principi e metodi*, op. cit., pg. 1927.

La divergenza sui parametri base di qualità, la scarsa attenzione ai bisogni e ai desideri del sofferente dimostrano che il paziente, in vari casi, non è percepito come il cliente o, più precisamente, come affermato precedentemente: il “datore di lavoro”.

Le metodologie della Qualità Totale sono presenti da decenni nel contesto lavorativo soprattutto giapponese che deve a queste applicazioni la rinascita economica-industriale del dopo-guerra mondiale. Sono state poi attuate anche da altre economie di mercato e, dagli anni '90 del XX secolo, hanno fatto il loro ingresso nell'ambito sanitario italiano. Infatti le leggi 502/1992 e 517/1993 prevedevano sistemi di verifica e di revisione della qualità, dalla medicina di base al ricovero ospedaliero e a tutti gli altri ambiti più specifici della prevenzione, cura e riabilitazione⁴.

1.2.METODOLOGIE DELLA QUALITÀ

Elementi da non trascurare.

-Gli “uomini” per produrre, usufruendo totalmente della loro preparazione professionale, devono essere liberi di pensare, trattati con rispetto, motivati e coinvolti.

-E’ “insufficiente l'intuizione e l'esperienza” per affrontare le varie problematiche; occorre un metodo di lavoro scientifico, applicabile a tutti i livelli.

-I “problemi” che quotidianamente si affrontano non devono essere vissuti come negatività ma come opportunità per perfezionarsi, ovviamente se affrontati e risolti, o meglio identificati prima che si presentino.

-Il “gruppo” è maggiormente creativo della singola persona.

-La “formazione permanente” è lo strumento ideale per diffondere e coinvolgere tutti in un progetto da qualità.

-L' “obiettivo primordiale” di ogni settore dell'azienda è la soddisfazione del cliente, distinguendo tra “cliente esterno” (chi acquista il prodotto) e “cliente interno” (il lavoratore).

Alcuni criteri da adottare in una struttura sanitaria.

-Copertura professionale degli aspetti diagnostici e terapeutici (dimensione tecnica).

-Rapporto personale con gli operatori sanitari (dimensione relazionale).

-Rispetto dei diritti e delle esigenze dei pazienti e soddisfazione degli operatori sanitari (dimensione organizzativa).

-Gestione ottimale delle risorse (dimensione economica).

-Struttura idonea a livello alberghiero (dimensione ambientale).

-Senso di appartenenza degli operatori sanitari e dei pazienti (dimensione d'immagine).

L'attuazione di questa logica procura all' operatore motivazione, responsabilizzazione e coinvolgimento che congiunti alla razionalità dell'operare, consentono di realizzare un prodotto migliore ad un costo inferiore.

La gestione basata sulle metodologie della qualità attribuisce importanza ai protagonisti: gli operatori e gli utenti.

⁴ “Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti delle generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi e i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, e il servizio sanitario nazionale” (Legge 502/92, art. 10).

La prima attenzione va riservata *agli operatori* mediante percorsi di coinvolgimento: sensibilizzazione, motivazione, linguaggio comune, multidisciplinarietà, confronto, valutazione. Gli operatori diverranno attivi, motivati e innovativi se favoriti da una gestione che li apprezzi e li incoraggiarli ad una partecipazione totale ad ogni azione, offrendogli la possibilità di esprimere le proprie potenzialità, poiché come affermavano i “principi” di un accreditato ospedale milanese: “Prima ancora che per l’ammalato, l’ospedale è per i suoi operatori a tutti i livelli, lo strumento di realizzazione personale di professionisti di un’ arte sacra”.

Per quanto riguarda *l’utente*, la percezione della qualità della prestazione si incrementa garantendo risposte precise e puntualmente alle sue richieste. Tre le tappe: dalla qualità “implicita” alla qualità “espressa” per giungere a quella “attraente”.

Riguarda la “qualità implicita” il minimale delle prestazioni (professionisti competenti, adeguato iter diagnostico-terapeutico,...).

Riguarda la “qualità espressa” tutto ciò che va oltre i servizi di routine (camera con bagno, scelta del menù, ...).

Riguarda la “qualità attraente” tutto ciò che va oltre le attese.

Quindi, ogni servizio, può essere in linea con le attese del cliente oppure inferiore o superiore alle sue aspettative, per questo l’organizzazione che punta alla qualità è interessata a conoscere i reali bisogni (o attese e desideri) incoraggiando osservazioni e proposte direttamente (interviste, questionari,...) o indirettamente.

Ma alla base di tutto ciò deve esserci la volontà di lasciarsi mettere in discussione sia dal singolo malato come pure dalla società nella quale i bisogni cambiano rapidamente. Rilevati eventuali divari tra aspettative e standard delle prestazioni, cioè tra il servizio promesso e quello fornito, è indispensabile avviare dei processi di miglioramento coinvolgendo le risorse mediante l’analisi della tematica, la ridefinizione dell’obiettivo, la programmazione e l’attuazione del programma, il controllo, la standardizzazione delle procedure, la formazione e l’aggiornamento.

Da ultimo fermiamo l’attenzione su due termini base di un percorso di qualità: “efficacia” (idoneità nel conseguire l’obiettivo) ed “efficienza” (condizioni più idonee per conseguire l’obiettivo) che differenziano nelle organizzazioni “profit” e in quelle “no-profit” (o di Terzo Settore). Mentre negli Enti “profit” “l’efficacia” è retta dalle leggi del mercato, in quelli “no-profit” è dettata dalla centralità dell’uomo. Per quanto riguarda “l’efficienza”, nel primo modello è soggetta ai costi e le funzioni sono organizzate rigidamente, quindi il collaboratore unicamente un ruolo o una funzione; nel secondo modello è determinata dalla creatività dei singoli come risposta alle molteplici esigenze sociali.

2.Umanizzazione

Umanizzazione e qualità nel sanitario e nel socio-sanitario dovrebbero procedere parallelamente, scongiurando che l’attuale impostazione dei “servizi” di tipologia aziendalista, tradisca nuovamente il sofferente. E’ molto opinabile una struttura sanitaria o socio-sanitaria priva di “umanità”; potrebbe essere paragonabile ad religione priva di fede, ad un matrimonio mancante di amore, ad una civiltà carente di solidarietà e di compassione.

2.1.IL TERMINE “UMANIZZAZIONE”

Il vocabolo “umanizzazione” si insinuò nel socio-assistenziale negli anni ’70 del ventesimo secolo, dal momento che la prassi medica e l’efficienza tecnico-scientifica presero il sopravvento rispetto ai bisogni globali del malato. E così

nell'ospedale, che sorse primariamente per curare i vari bisognosi d'aiuto, e l'aspetto l'humanus della cura era scontato, si rese necessario riscoprire e ripresentare l'indispensabilità della preoccupazione caritatevole e compassionevole verso il malato sia a livello individuale che istituzionale. Mentre agli inizi degli anni '80, quando Fra Pierluigi Marchesi⁵ identificato da molti il "padre" dell'umanizzazione ospedaliera, lanciò questa formidabile intuizione alle oltre 300 istituzioni sanitarie dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio sparse in tutto il mondo⁶, di umanizzazione ne parlavano in pochi, anzi la trattazione dell'argomento fu percepita come un'ingerenza delle scienze umane nei confronti della medicina e la disumanizzazione ritenuta unicamente la conseguenza degli atteggiamenti negativi di alcuni operatori sanitari. Invece, la scienza, aveva bisogno di ritrovare l'uomo. Oggi, anche se può sembrare assurdo il dover umanizzare che è per sua stessa natura umanitaria, di umanizzazione, ne discutono in molti, avendo assunto una "valenza culturale" diffusa anche come conseguenza di legislazioni che solo in apparenza hanno favorito il diffondersi di modelli umanisti. L'ospedale odierno, come già affermato, è un'azienda e gli argomenti principali di discussione riguardano i bilanci, i livelli di retribuzione e il profitto. Ammoniva Fra' Marchesi: "Anche l'ospedale-azienda non è il nostro modello... di modernità si può morire... In genere è bello l'ospedale moderno, costruito da poco... Ma l'umanità c'è? Dedichiamo ore per fare bilanci e pochi minuti per discutere dei malati e dei loro problemi esistenziali"⁷.

"Umanizzazione" significa curare l'uomo, portatore di una propria biografia, nella sua globalità in un contesto sanitario sempre più frazionato e specializzato che rischia di smarrire l'inalienabile dignità di ogni uomo ridotto a semplice caso clinico. Dunque, l'umanizzazione, richiede un'apertura antropologica poichè la persona, per questa filosofia, è il principale interlocutore, un soggetto biologico-umano responsabile e non unicamente un passivo fruitore di servizi al quale è tolta l'autonomia. "Un ospedale che cura il malato, ma non si preoccupa della sua persona, rischia di diventare disumano e disumanizzante nel senso più ampio del termine"⁸.

L'umanizzazione riguarda tutti gli operatori dalla reception agli sportelli, dagli operatori delle sale operatorie ai membri della Cappellania, e tutti gli aspetti e le fasi dell'assistenza e della cura: dal ricovero alle dimissioni (comfort alberghiero,

⁵ Molti, a questo punto, si chiederanno chi è Fra Pierluigi Marchesi, avendolo citato più volte. " 'Pochi sanno che a fare dell'umanizzazione non uno slogan ma una creatura di carne e di sangue, oltre che di spirito fu un frate lombardo che si mise a cercare il modo migliore per non bruciare la propria vita di uomo e di religioso nella routine, nella comodità di un ruolo, nella rassegnazione pietistica e rinunciataria' (*L'utopia dell'umanizzazione*, op. cit. pg. 22). Era Fra' Pierluigi Marchesi (1929-2002), religioso dell' 'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio', che visse intensamente nel mondo sanitario avendo esercitato per dodici anni (1976-1988) anche il ruolo di Superiore Generale del suo Ordine, oltre che essere membro di Consigli d'amministrazione di prestigiose istituzioni. Nel 1981 scrisse il primo documento sull'Umanizzazione. Come interpretava Fra' Marchesi l'umanizzazione? 'Il non più guardare al malato come portatore di malattia, ma guardare alla malattia in quanto portata dall'uomo, da un essere che spesso fa gravare su un organo il suo danno psichico, a volte, anche la patologia dello spirito' (*L'utopia dell'umanizzazione*, op. cit., pg. 144). Per questo, continuava il frate, 'rimaniamo nella sanità dei Paesi sviluppati, cercando di portare nelle nostre opere e seminando nella cultura della sanità la centralità dell'uomo che abbiamo chiamato umanizzazione. Non la centralità dell'amministrazione, della comunità, della medicina ma dell'uomo' (*L'utopia dell'umanizzazione*, op. cit., pg. 191)" in G.M. COMOLLI, *Tutto ha inizio con il Vangelo... Compendio di Pastorale della Salute*, Youcanprint, Tricase (Le), pg. 378.

⁶ Cfr.: G. CERVELLERA – G.M. COMOLLI, *Ospitare l'uomo. La vita di Fra' Pierluigi Marchesi*, Ancora, Milano 2012, pp. 75-92.

⁷ P. L. MARCHESI, *Etica e gestione di un ospedale cattolico*, in "Dolentium Hominum", 41, 1999, pg. 2.

⁸ P.L. MARCHESI – S. SPINSANTI – A. SPINELLI, *Per un ospedale più umano*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi) 1985, pg. 37.

prestazioni sanitarie, qualità della vita del degente, aspetti relazionali...) per colmare la distanza creatasi tra tecnologia e cura. E, di una cosa siamo certi, se il malato non è al centro dell'ospedale e dell'interesse di tutti gli operatori, allora altri occuperanno il suo posto. Dunque, l'umanizzazione non è sentimentalismo, ma il sentimento da porre accanto all'intelligenza e alla volontà nell'esercizio dell'arte sanitaria. Fu così interpretata da san Giovanni Paolo II nel corso del Convegno Internazionale "Umanizzazione della Medicina" tenuto a Roma nel 1987. "Nell'ambito del rapporto individuale, ove umanizzazione significa, tra l'altro, apertura a tutto ciò che può predisporre a comprendere l'uomo, la sua interiorità, il suo mondo, la sua psicologia, la sua cultura. Umanizzare questo rapporto comporta insieme un dare e un ricevere, il creare cioè quella comunione che è totale partecipazione. (...) Sul piano sociale l'istanza dell'umanizzazione si traduce nell'impegno diretto di tutti gli operatori sanitari a promuovere, ciascuno nel proprio ambito e secondo la sua competenza, condizioni idonee per la salute, a migliorare strutture inadeguate, a eliminare le cause di tante malattie, a favorire la giusta distribuzione delle risorse sanitarie, a far sì che la politica sanitaria nel mondo abbia per fine soltanto il bene della persona umana" (12 novembre 1987).

2.2.IL PROCESSO DELL'UMANIZZAZIONE

L'umanizzazione non è una "operazione di facciata" ma uno stile di comportamento che coinvolge i responsabili politico-amministrativi, gli operatori sanitari e anche i volontari.

"Coinvolge i politici" nell'individuare strategie rispondenti sia ai bisogni di salute (prevenzione) che di cura dei cittadini.

"Coinvolge gli amministratori" che secondo i doveri di giustizia devono impostare corretti modelli organizzativo-gestionali, superando le logiche burocratiche, rifuggendo da risposte qualunquiste e da prestazioni standardizzate, provvedendo alla equa distribuzione delle risorse.

"Coinvolge le figure apicali" facendosi carico della fatica psicologico-relazionale che investe ogni professione di aiuto, assicurando adeguate gratificazioni e incentivi, non solo economici, ma anche orientati a una crescita professionale ed umana. Infatti, un clima umanizzato, lo costruiscono giorno dopo giorno, operatori che percepiscono di essere valorizzati e rispettati; solo da loro può nascere un clima più familiare.

"Coinvolge tutti gli operatori sanitari" impegnandosi ad accostare quotidianamente il malato con devozione, rispetto e comprensione del suo vissuto. Anche il vassoio del pranzo può diventare oggetto di umanizzazione, perché un conto è lasciarlo sul tavolo senza dire una parola, molto diverso è quando si augura "buon appetito". E quindi il saluto, il sorriso, una carezza, piccoli gesti che portano umanizzazione. Affermò il professor U. Veronesi: "Una carezza vale più di un lungo discorso"⁹.

"Coinvolge i volontari", che con la loro presenza manifestano un "più" di umanità come risposta a quel bisogno di "qualcosa in più", presente nel sofferente.

Vivere e diffondere la cultura e lo stile dell'umanizzazione per chi opera in ospedale sono impegni prioritari che si concretizzano con la testimonianza e un servizio offerto con disponibilità ma soprattutto con amore. Ricordava Fra Marchesi che quando ad una persona viene detto: "Devi essere ricoverato in ospedale" sorgono in lui tre interrogativi, come al signor Qualunque incontrato

⁹ U. VERONESI (con Mario Pappagallo), *Una carezza per guarire. La nuova medicina tra scienza e coscienza*, Sperling & Kupfer, Milano 2005, dalla Prefazione.

precedentemente, che si trasformano in paure: "Perché devo essere ricoverato? Dove è meglio che mi ricoveri? Come mi tratteranno?". A queste tre paure l'ospedale umanizzato risponde con tre A: accogliere, accompagnare, amare. "Accogliere" l'ammalato significa organizzare il suo ricovero, presentandosi e presentandogli il ritmo ospedaliero ma soprattutto manifestandogli che tutti gli operatori sono al suo servizio. "Accompagnare" il malato rispondendo ai suoi bisogni globali. "Amare" il malato rammentando che le reali riforme della sanità, e questa visione del malato e della cura lo è, non le fanno le Istituzioni o i politici ma chi opera, come ricordava un santo della carità, Camillo de Lellis, "mettendo più cuore nelle sue mani".

Lo stile dell'umanizzazione dovrebbe riguardare non solo l'ospedale, ma tutta la società. Infatti, "la struttura dell'ospedale moderno, per diversi aspetti, è come una radiografia perfetta del mondo contemporaneo. L'ospedale rivela, in maniera più reale e diretta, la gravità delle tensioni personali e familiari, delle ingiustizie e dei conflitti che si manifestano nel seno della nostra società. Gli ospedali sono 'in qualche modo la misura della civiltà di un popolo'. Medici, amministratori, personale di ogni categoria, volontari, riflettono il livello socio-economico e le scelte politiche della società nelle quali lavorano"¹⁰.

Il tema dell'umanizzazione richiama inoltre l'esigenza della formazione. Elevare il livello di professionalità per un ente ospedaliero è un dovere e per il dipendente aggiornarsi è un diritto e nello stesso tempo un dovere per operare con professionalità poichè il malato ha il diritto ad essere curato da operatori sanitari competenti. E nella formazione, sia iniziale che permanente, non possono essere tralasciate le discipline riguardanti le scienze umane¹¹ e l'etica professionale. È vero che determinati valori sono innati nella persona e crescono se coltivati nel contesto familiare o di gruppo, ma alcune tecniche che supportino i valori vanno insegnate. Come è possibile parlare di valenze etiche se non si conosce l'etica e la bioetica o ragionare di relazione se alla psicologia non sono riservati tempi adeguati?

L'umanizzazione, è dunque, la filosofia che consente l'equilibrio tra la scienza della medicina e l'arte della medicina poichè riconduce ogni azione, gesto ed atteggiamento all'umano.

Non potevamo, concludendo scordare pediatri e i medici di base o di famiglia, anch'essi coinvolti nel processo di umanizzazione, essendo i primi e più frequenti interlocutori del cittadino malato.

Conclusione

L' "umanizzazione" è un' "alleanza terapeutica"; un patto ideale, non scritto e non siglato, tra operatori e bisognoso d'aiuto, che motiva e sorregge ogni gesto della cura.

La "qualità" è una mentalità e uno stile che esige l'adozione di alcune metodologie affinché sussista sempre la sinergia missione dell'organizzazione, competenze professionali ed esigenze del sofferente.

¹⁰ U. RIZZO, in AA. VV. (a cura di), *Ospedali più umani: come?* Ospedale Generale Regionale "Miulli", Acquaviva delle Fonti 1984, pp. 68-69.

¹¹ Con "Scienze Umane" intendiamo tutti quegli approcci dei vissuti umani che pur avendo caratteristiche scientifiche si distaccano dalle scienze proprie della natura.

