

La qualità globale dei servizi alla persona in ambito sanitario: il valore del clima relazionale.

Per svolgere al meglio il tema che mi è stato assegnato, ho organizzato sei cornici concettuali, fondate sulle parole chiave riportate nel dépliant che illustra il convegno. Sono: umanizzazione, relazione, comunicazione, qualità globale, servizi alla persona, clima relazionale. Rinunciare all'ordine alfabetico è un espediente argomentativo per tentare di avvicinarmi il più possibile alle aspettative di chi, progettando questo evento riservato a operatori dei Ser.T. e dei servizi che si occupano di dipendenze patologiche, ha ritenuto opportuno inserire anche un contributo settoriale, come quello delle scienze manageriali e del marketing.

1. UMANIZZAZIONE

Non è un termine specifico delle scienze manageriali. Ma, in sanità, è l'altro polo dell'opposizione distintiva con /aziendalizzazione/. L'evoluzione storica del sistema sanitario nazionale ha portato, attraverso leggi di riforma e di riforma della riforma, alla sua aziendalizzazione. Percorso che ha interessato anche altri tipi di organizzazioni di servizio (banche, ferrovie, poste), le quali hanno, così, cessato di essere istituzioni. Diventare azienda significa, principalmente, passare da logiche proceduralistiche a logiche di mercato. Significa anche adottare modelli di business e metodi di gestione tipici delle imprese di produzione e di servizio. Vuol dire, inoltre, riconcettualizzare il destinatario delle prestazioni sanitarie. Perfino nel linguaggio legislativo di riferimento, è stato cooptato definitivamente il termine /cliente/ e si accenna esplicitamente all'obiettivo della sua soddisfazione. Del resto, il SSN ha forti caratteristiche di impresa: eroga servizi alle persone, servizi collettivi e produce anche apparecchiature sanitarie. Tuttavia, poiché l'ospedale (o qualsiasi altra struttura sanitaria) non è un'azienda come le altre e il paziente non è un cliente come gli altri, la questione manageriale fondamentale resta quella, come recita il dépliant, di «conciliare un giusto equilibrio tra necessità economiche, burocratiche e gestionali, da un lato, estetica, umanizzazione e qualità delle relazioni dall'altro».

Chiarisco fin d'ora che proprio quello dell'estetica vuole essere il punto d'arrivo del mio contributo.

2. RELAZIONE

/Relazione/ designa qualsiasi forma di legame fra due o più persone. Le scienze umane ne hanno evidenziato sia la valenza sistemica che quella affettiva. La sociologia generale (Durkheim, Parsons, Goffman, Freidson), prima ancora della sociologia della salute, inquadra i temi della medicina nella crucialità dell'interazione fra medico e paziente. La studia principalmente come relazione fra un professionista e il suo cliente o come negoziazione all'interno del settore dei servizi alla persona. Fondamentale, a tale riguardo, l'opera di Talcott Parsons che vede la malattia come disfunzione sociale, se non vera e propria devianza. In tale situazione, il malato soffre fisicamente, ma vive anche un disagio sociale. Inoltre, ha il dovere di collaborare con il medico per uscire al più presto da questo ruolo contingente e temporaneo, per tornare al suo ruolo funzionale. Dal canto suo, il medico ha il potere di legittimare la condizione di malato. La relazione fra il medico e il paziente è complicata dal conflitto fra il sistema di riferimento "profano" di quest'ultimo, contrapposto a quello professionale del primo.

Paradossalmente, un approccio di tipo economicistico mitiga l'aridità, prevalentemente funzionalista, delle varie scuole sociologiche. E', però, quello dell'*altra* economia: la bioeconomia. Propone l'importantissima categoria dei cosiddetti *beni relazionali*, quelli che non possono essere goduti individualmente. Questo nuovo paradigma economico alimenta e aggiorna anche il marketing che non a caso, evolve in *marketing relazionale*.

Anche l'approccio psicologico sposta l'accento dai meccanismi della relazione, per dare spazio alle valenze affettive ed emotive della comunicazione.

3. COMUNICAZIONE

Comunicare significa "mettere in comune" o, più chiaramente "mettersi nei panni dell'altro". In ambito sanitario, le raccomandazioni di comunicare con i colleghi e con i pazienti sembrano, ormai, costituire il fondamento e l'obiettivo di qualsiasi percorso formativo del medico, dello psicologo, dell'infermiere, dell'educatore professionale, dell'assistente sanitario.

Alla Columbia University di New York, si insegna "medicina narrativa". Al Dipartimento di Psicologia presso l'ospedale San Paolo di Milano, si studia la comunicazione medico – paziente (e familiare del paziente). A Firenze, alla facoltà di medicina, il corso di comunicazione è obbligatorio. Gran parte dell'attività di formazione e counseling è sulla comunicazione.

Di certo, a livello universitario, si insiste sulla necessità di praticare modalità empatiche di ascolto attivo, dialogo, conversazione. E si somministrano competenze per fare del racconto e della narrazione clinica, ulteriori possibilità di comunicazione autenticamente terapeutica. Forme che garantiscono al paziente l'approssimazione alla condizione di partner nella cura, riducendo un po' la costitutiva asimmetria del rapporto con il medico. Anche se rimane il dubbio di Franz Kafka: «E' più facile scrivere una ricetta che parlare con un sofferente».

La qualità della comunicazione che il medico riesce a stabilire con i colleghi e con i pazienti è la componente principale di una filosofia, di un sistema che, nel programma che mi assegna il compito di parlare del valore del clima relazionale, viene denominato "Qualità globale".

4. QUALITA' GLOBALE

/Qualità/ è un concetto al quale sono riconducibili tutti quegli aspetti di realtà suscettibili di classificazione e di giudizio. Anche la qualità ha una storia, che parte dalla filosofia, fondata nella sua opposizione distintiva con la quantità. E che continua fino ai nostri giorni, consolidata in un paradigma, quello della cosiddetta *Total Quality*, che sarebbe riduttivo considerare soltanto un modello di business. Anche se, da questo punto di vista, è un formidabile strumento di gestione aziendale che serve a contenere i costi e a ridurre gli sprechi. Ma, la qualità è globale proprio perché considera anche i comportamenti delle persone che generano valore in qualsiasi organizzazione di produzione o di servizio. E la catena del valore non può non comprendere il suo destinatario finale: il cliente (anche quello a bassa autonomia, come il tossicodipendente).

Tutto comincia negli Stati Uniti, durante la seconda guerra mondiale. Con l'aridissimo, razionalissimo e tecnicissimo problema del controllo di qualità dei prodotti. Due ingegneri, Deming e Juran, hanno un'idea da psicologi. Smettono di controllare i prodotti e cominciano a monitorare i comportamenti delle persone. Da questo inizio, trapiantando nei servizi quanto si è dimostrato efficace nel settore industriale, si arriva al *nonprofit*. E anche nella Pubblica Amministrazione e in Sanità, approdano i temi del miglioramento continuo e sistematico, dell'innovazione costante, della soddisfazione del cliente. Generando strumenti come, ad esempio, la Carta dei Servizi, che fissa, almeno nelle intenzioni, gli standard qualitativi e il confort delle strutture, permettendo ai cittadini di verificare qualità della diagnosi e tempestività della cura.

5. SERVIZI ALLA PERSONA

Servizio deriva dal verbo /servire/ e dal sostantivo /servo/. Ma, il radicale *servus* alimenta una catena semantica decisamente complessa. Che comincia con i significati di dipendenza, sottomissione e subalternità. O di non essenzialità (i servizi accessori). E continua con quelli legati al concetto di amplificazione di forza e diminuzione dello sforzo (i servomeccanismi), ma anche di aiuto. Approdando, addirittura, all'identificazione di funzioni direttive istituzionali, fonte di potere burocratico. Apoteosi semantica in dizioni quali "lo Stato al servizio dei cittadini", oppure "il Papa come servo dei servi di Dio". Ma siamo già nell'antifrasi. Che, tradotta in termini di marketing sanitario, apre ai paradossi dell'insaziabilità del cliente, dell'offerta sanitaria che, aumentando e migliorando, genera ancor più domanda e ancor più pretesa di qualità, fino al limite della richiesta di «servizi impossibili».

Oltre ai radicali linguistici, possono essere utili quelli psicologici. Come le matrici affettive di qualsiasi relazione di servizio. Particolarmente nei servizi alla persona, in sanità, la matrice prevalentemente è quella materna: accogliere, contenere, ascoltare. Il codice paterno, invece, chiede al fruitore di collaborare, di fare il "bravo paziente". Ma, la sanità è un servizio che, soprattutto se erogato in ospedale, induce a comportamenti regressivi. In generale, chi è malato tende a diventare dipendente.

L'umanizzazione del servizio, allora, significa prendere in considerazione lo svantaggio relazionale del particolare tipo di cliente che è il paziente. E' quasi impossibile standardizzare la qualità di un servizio. Figuriamoci quello destinato ai tossicodipendenti e ai loro familiari.

E' necessario, forse, un salto concettuale che ci riporti alle radici antropologiche del servizio, prima della sua origine "servile". La dimensione è quella della reciprocità costitutiva dello *scambio simbolico*, in particolare, del dono. Fondamento di qualsiasi relazione (anche di servizio).

6. CLIMA RELAZIONALE

L'ultima parola chiave, il valore del clima relazionale. Nelle scienze dell'organizzazione, il concetto di clima relazionale è prevalentemente riferito a problematiche interne. Riguarda, cioè, i rapporti fra chi lavora insieme: «... motivazioni, coinvolgimento e soddisfazione del personale (cliente interno)», come recita il *dépliant*. Di cui non si può che condividere l'enunciato di sintesi: «Si può affermare che personale più motivato e soddisfatto è in grado di dare maggiore attenzione ai bisogni soggettivi degli utenti».

Per migliorare il funzionamento delle pubbliche istituzioni, migliorando il clima relazionale, è utile partire dalla sociologia dell'organizzazione che spiega i vari modi in cui le persone stanno insieme per lavorare (*sono* e *fanno* l'organizzazione). Centrale nell'attenzione degli specialisti, il ruolo del leader che, a differenza del capo o del manager, deve spendere, a tale scopo il suo carisma. Anche la Sanità, in ogni caso, deve fare i conti con le principali variabili che hanno modificato i contenuti della cultura organizzativa, come l'esigenza di flessibilità, l'indispensabilità della comunicazione interna, la necessità di formazione continua e di valorizzazione delle risorse umane.

Efficace sintesi di tale orientamento può essere il concetto di "solidarietà organizzativa". Solo il recupero della soggettività del leader e dei suoi collaboratori a qualsiasi livello, nella completezza di emozione e ragione, può aggregare alla razionalità inevitabilmente limitata di qualsiasi organizzazione, il valore aggiunto di un clima relazionale favorevole. Condizioni per il "benessere organizzativo", di cui si preoccupa anche il legislatore (dl n. 165 del 30 marzo 2001 e relative direttive per la sua attuazione).

Un buon clima relazionale interno è preconditione per allargare al paziente il benessere organizzativo che, a questo punto, diventa ben-essere, stare bene, pur nella sua non invidiabile situazione.

UNA POSSIBILE CONCLUSIONE

Quando, anche in Sanità, dopo i torrenziali discorsi teorici e i più o meno convinti impegni, si passa alla verifica della qualità delle relazioni (qualità del servizio), la musica cambia radicalmente. Nel terziario in generale, l'enfasi almeno trentennale, ormai, sul miglioramento continuo della qualità del servizio non sembra aver provocato significativi cambiamenti nel modo di risolvere i problemi del cliente, creando maggior valore per la sua soddisfazione. Catalogando casi esemplari in vari settori e in vari paesi, ci si accorge che, nel terziario di servizio, le variabili tayloristiche e di conto economico stanno riprendendo il sopravvento sulla tanto sbandierata cultura del servizio. Il cliente è sempre più solo, talvolta è addirittura un impaccio organizzativo. Le macchine che, nell'ascolto, hanno preso il posto degli umani, sono agghiacciante metafora di quella che io chiamo *cultura del disservizio*. L'amara ironia vuole fissare la drammatica differenza esistente fra valori, teorie, metodologie e pratiche effettive. Il momento forte della filosofia della qualità, più o meno totale, si è avuto, in Italia, fino alla metà degli anni '90 del secolo scorso. Poi,

ideologia e moda (perché anche di questo si è trattato) si sono un po' spente. Ottimisticamente, si potrebbe pensare che il ridimensionarsi dell'enfasi sia il segno dell'acquisizione e della metabolizzazione degli orientamenti al miglioramento continuo e magari all'eccellenza. Ma, non è così. Pensiamo alle banche, che erano le più accanite nel proclamare la centralità del cliente. Hanno totalmente dissipato il loro patrimonio di fiducia e il capitale relazionale. Per stessa ammissione dell'Ufficio Studi della Banca d'Italia, il cliente-tipo, quando entra in un istituto di credito, è ansioso. Non perché teme le rapine, bensì perché si aspetta scarsa trasparenza nell'interlocuzione d'affari. Meno drammaticamente, in Sanità, si può citare la Carta dei Servizi, strumento di informazione e impegno con l'utente-cliente. Ce l'ha il 96% delle strutture sanitarie. Ma sembra essere solo formale, resta nei cassetti e, anche se è nel Web, non viene aggiornata. Consideriamo anche la soddisfazione del cliente-paziente. Dove viene rilevata direttamente, sembra essere accettabile e talvolta buona. Ma, in generale, il contenzioso con gli ospedali per denuncia di disservizio (dalla mancanza di rispetto all'errore clinico fatale) è aumentato in maniera esponenziale. Al contempo, tra gli operatori sanitari, si sta rinforzando una sorta di medicina difensiva, basata sulla preoccupazione per la responsabilità professionale e per l'aumento dei costi della copertura assicurativa del rischio medico. Entrambe queste situazioni vanno in direzione opposta all'auspicato orientamento alla qualità globale nei servizi alla persona.

La possibile risposta allo doverosa domanda «e allora?» può essere quella dell'*estetica sanitaria*. Ciò che è stato trasversale in queste note, ora si palesa. L'estetica sanitaria è un modello evolutivo di un più tradizionale e ristretto marketing sanitario. Si basa su fondamenti e fondamentali che compongono un postulato più generale, quello dell'*estetica del terziario*. Che afferma: «L'estetica è la forma più compiuta del valore economico e sociale (e, quindi, anche relazionale)». Ne esiste un Manifesto, che vuole anche essere provocazione. L'ho intitolato, infatti, "Manifesto del fondamentalismo estetico". Parte dalla proposta di considerare produzione, scambio e consumo come "fatti sociali totali", di cui conviene, anzitutto, recuperare il valore simbolico. Particolarmente nelle transazioni di servizio, questa preliminare operazione concettuale potrebbe procurare rilevanti vantaggi di qualità. Estetica e valore simbolico lanciano le categorie della bellezza e del benessere che si candidano a sostituire categorie più tradizionali del marketing, anche sanitario, come qualità e soddisfazione del cliente.