

**Economia relazionale e sviluppo del potenziale umano.  
Quale futuro per gli operatori  
delle moderne aziende sanitarie in epoca di crisi?  
*Firenze, 15 novembre 2011***

***Il «lato» umano nei rapporti  
organizzativo-funzionali e  
nelle relazioni di assistenza e di cura***



*Adriano Amadei, segretario regionale  
di Cittadinanzattiva toscana onlus*

Il lato umano è uno di quei profili che tutti intuiscono (o credono di intuire) e che – forse, anche in ragione della presunta ovvietà – risulta difficilissimo da fissare in una definizione.

Intanto, se si parla di «lato», non si può non ammettere che si sottintendono aspetti altri, riguardo all'oggetto di riferimento.

Nel nostro caso:

- nei rapporti organizzativo-funzionali
- e nelle relazioni di assistenza e di cura nell'ambito dei servizi per la salute.

Quindi, cosa sarebbe il «lato umano»?

- una delle forme attraverso le quali si presenta un «dato», un «fatto», una «relazione»?
- una «componente»?
- e, se tale, una componente integrante o costitutiva?

Ammettendo che il lato umano possa riguardare anche dati e fatti - con configurazioni soggettive ed oggettive - in questa comunicazione, interessa invece affrontare l'inter-soggettività, che è ritenuta un più utile approccio.

Ma, allora, il lato umano è forma o parte?

O, come personalmente ritengo, forma e parte nell'«oggetto» in parola - e cioè:

- «nei rapporti organizzativo-funzionali»
- e «nelle relazioni di assistenza e cura» -  
all'interno del perimetro dei servizi per la salute?

A mio parere, forma e componente si tengono insieme, se la componente è sostanza (ciò che sotto-sta) e, come tale, si manifesta ai nostri sensi nella forma e non viceversa.

Così, la forma interviene per manifestare ciò che sta sotto, e non – come potrebbe essere, in una deprecata ipotesi - a mascherare.

Ne discende che il «lato umano» incontrerà la massima tendenziale coincidenza fra contenuto e forma

- non, dove esso è «componente integrativa» e, in qualche modo, aggiuntiva e, pertanto, di importanza residuale,
- ma dove è «componente costitutiva».

«Homo sum, nihil humani a me alienum puto» (Terenzio).

«*Sono uomo e ritengo che niente, fra ciò che è riconducibile all'umanità, mi sia estraneo*»

È questo il «lato umano» di cui stiamo parlando?

Probabilmente, sì.

E non in un'accezione esclusivamente positiva, bensì in tutta la sua gamma fenomenologica, che va dal sublime all'infimo.

E proprio contemplando le possibili (e storiche) declinazioni dell'umanità, mi pare evidente che, nell'ambito dei servizi per la salute, si debba perseguire un'oraziana «aurea medietas» (mediocritas).

A tal fine, è peraltro indispensabile che si pongano e si mantengano - e si contribuisca a porre e a mantenere - le condizioni perché

- non sia necessario il ricorso alla categoria del «sublime»
- né sia consentito permanere in congiunture e comportamenti – attivi o passivi, che siano - fino agli estremi del riprovevole.

Nei rapporti organizzativo-funzionali, il lato umano, positivamente inteso, incontra difficoltà ad estrinsecarsi nelle strutturazioni centralistiche, gerarchiche (piramidali), in ragione:

- del *peso* dei sovraordinati,
- del flusso quasi esclusivamente unidirezionale, dall'alto (dal centro) verso il basso (verso la periferia).

Nella situazione di specie, la collaborazione *normale* può avvenire, soltanto attraverso un corretto esercizio nell'impartire i comandi e nel darvi esecuzione, rispettivamente, dai dirigenti e dai subordinati.

Altre ipotesi di collaborazione si possono registrare nel concreto, ma costituiscono – almeno implicitamente – una contraddizione (un non tener conto) della norma.

Le suddette previsioni si riferiscono a situazioni concrete e relazionali fisiologiche o, almeno, non patologiche.

Ma cosa potrebbe avvenire in contesti, dove vigono e si sviluppano

- rivalità;
- incomprensioni,
- disistima,
- conflittualità,
- disimpegno, e così via?

Il «lato umano», – nelle strutturazioni gerarchico-centralistiche – quando sembra che intercorrano rapporti positivi, si presenta:

- dall'alto verso il basso, in termini di concessione;
- dal basso verso l'alto, con modalità di compiacenza e di sottomissione.

È difficile pensare che l'uno e l'altro atteggiamento non siano improntati a più o meno consapevoli calcoli utilitaristici.

L'organizzazione centralistico-gerarchica appare ingessata, incapace di dialogo e poggiante su input statici (di posizione), cui si accompagnano presunzioni di «superiorità» ed «inferiorità», non solo di competenze, ma quasi assolute.

Presunzioni che, spesso, trovano scarsa corrispondenza nei fatti.

Niente può essere criticato, perché nessun superiore possa essere messo in discussione.

Tutto e chiunque, invece, può essere contestato, nel caso si faccia riferimento a subordinati.

Ovviamente, la gerarchia ha tutti i diritti di parola, mentre i subalterni no.

Non occorrono molti sforzi per comprendere:

- che l'organizzazione centralistico-gerarchica è l'humus ottimale per lo sviluppo di risentimenti sordi, frustrazioni, ossessioni, ecc.
- e che gli utenti dei servizi sono considerati e trattati alla stregua di semplici e passivi «destinatari di prestazioni».

Nella migliore previsione relativa ad organizzazioni verticistiche, si può giungere ad apprezzare, nella figura apicale, una notevole competenza tecnica.

Ma, in questo caso, l'abilità è quasi sempre gelosamente - monopolisticamente - esercitata:

- pretendendo dai subalterni mansioni ancillari e, quindi, senza che si trasmettano conoscenze e pratiche e si aprano spazi per sviluppare esperienze;
- mantenendo ...rigorosamente circoscritti (protetti) entro termini tecnici i propri apporti;
- attendendo dai «graziati» una riconoscenza che riaffermi le distanze.

Il fruitore delle prestazioni – quale destinatario d'intervento - è considerato come oggetto, e in un'ottica parcellizzata, in riferimento alla classificazione nosologica e alla parte anatomica materiale o metaforica (in psichiatria) interessata.

Il consenso informato, ad esempio, non è avvertito e condotto come momento essenziale – umano – nei rapporti, nella prassi sanitaria, non meno che un diritto della persona interessata.

È percepito invece come adempimento burocratico ed è così gestito indirettamente, da un operatore terzo.

La scarsa ed inadeguata comunicazione (solo quella formalizzata, lineare e indiretta), la compartimentazione dei rapporti organizzativo-funzionali, l'immobilismo nell'esercizio delle competenze sono i tratti peculiari dell'organizzazione verticistica.

È facile immaginare le conseguenze che possono derivare, e derivano (come risulta anche da un'ampia casistica), da questo impianto organizzativo e dalla trama relazionale sottesa e che si sviluppa:

- sia nei rapporti interni all'organizzazione dei servizi;
- sia nei confronti dei cittadini-utenti.

- Alto e persistente stato di conflittualità, all'interno, con varie possibili alternative e sbocchi, che di rado approdano a risultati utili.
- Esiti negativi, con percezione di responsabilità e colpe attive e/o omissive.
- Incremento dei contenziosi, insorti in corrispondenza all'emergere di esigenze risarcitorie morali e materiali.

Indipendentemente da eventuali contenziosi, sono intuibili i rischi reali e potenziali, legati all'operatività e ai crescenti ostacoli che si incontrano nell'organizzazione gerarchizzata, nel funzionamento, anche ordinario, dei servizi per la salute.

- In un'ottica individualistica, si ricorre alla cosiddetta – per me, inqualificabile - «medicina difensiva».
- In un'ottica pubblica, si apprestano strumenti preziosi, per la gestione del rischio clinico e per affrontare e superare le criticità relazionali.
- In un'ottica civica, si concepiscono - e si contribuisce a far funzionare – luoghi para-giurisdizionali, per una giustizia non repressiva, come le commissioni miste conciliative.

Ma sono questi gli strumenti giusti e sono in grado di risolvere i problemi di un'organizzazione verticistica-centralistica?

La risposta è sicuramente no per la medicina difensiva.

Non può non essere diversa e articolata, per gli altri mezzi.

Infatti, le gestioni del rischio clinico e delle criticità relazionali, come le commissioni miste conciliative, costituiscono importanti risorse per affrontare i problemi sopravvenuti, contenerne gli effetti negativi e, molte volte, superarli, ma si collocano nelle contingenze e così dovranno continuare a fare, anche in sistemi alternativi.

Tuttavia, i problemi, di ordine strutturale, rimangono e necessitano di essere considerati e risolti, in quanto tali.

La prima risoluzione del problema sta nell'individuazione e messa in atto di modelli diversi:

- non centralistici
- non verticistici
- non gerarchizzati
- non tecnicistici ...

In una parola, democratici e di una democrazia diffusamente partecipata e, quindi, più ...umani.

La democraticità dei rapporti agevola la circolazione dei vari punti di vista, sotto i profili critici e propositivi:

- pur nella diversificazione di ruoli e funzioni, identifica in ogni persona un attore e riconosce che ogni voce ha diritto di essere ascoltata e di essere presa in considerazione;
- piuttosto che “ammettere”, postula la partecipazione e la corresponsabilità come tratti essenziali e irrinunciabili di una co-operazione - distinta nelle competenze e nelle funzioni - ma ispirata al riconoscimento di una pari dignità.

Il modello democratico incentiva le possibilità-opportunità di:

- espressione individuale, umana (compresi i cittadini/utenti) e professionale;
- partecipazione, come prender parte, che implica anche un “sentirsi” parte;
- Auto-realizzazione, a livello individuale e collettivo (della comunità di appartenenza).

In particolare:

- Se i cittadini/utenti (attuali o potenziali) sono considerati – essi stessi – attori, i rapporti saranno improntati al coinvolgimento, alla partecipazione attiva, alla responsabilizzazione/ corresponsabilizzazione – di e fra -dirigenti, operatori e cittadini.
- I rapporti saranno quindi di carattere democratico, orizzontale, tesi a sviluppare il lavoro di gruppo, valorizzando le competenze e le capacità individuali in funzione di obiettivi condivisi.

Anche se dissensi e conflittualità non risparmiano nemmeno i modelli democratici, si rilevano in essi - prima - migliori condizioni per prevenire e – quindi – maggiori risorse per contenere gli effetti degli eventuali contrasti e per superarli.

Fra i modelli che – nella loro concezione – rispondono ai principi democratici/umani sono:

- l'ospedale per intensità di cura, dove si recupera finalmente una considerazione dell'interezza della persona, attraverso un convergente curare e prendersi cura;
- della casa della salute, dove prevenzione, assistenza, cura, medicina proattiva ... si sul territorio e si fanno insieme con la cittadinanza.

È quasi ovvio riconoscere che ogni modello organizzativo/professionale discende da tipologie culturali e che, nelle traduzioni pratiche, ne derivano accezioni più o meno confermate, più o meno modificative.

Semplificando, potremmo sostenere:

- che la strutturazione verticistica sia la proiezione organizzativa di un arcaico rapporto sacrale/lineare medico-paziente?
- e che un'organizzazione improntata a rapporti qualificati e aperti, al tempo stesso, non gerarchici, partecipativi, sia un modello più coerente con sistemi democratici?

Personalmente, non ho dubbi; credo comunque che il modello democratico sia l'unico in grado di rispondere positivamente ad istanze umane positive.

*Grazie per l'attenzione*

# Relazione

Andando a restringere al massimo la connotazione di un termine concettuale per estenderne (ancora, al massimo grado) l'applicabilità, è ... obbligatorio fare ricorso ai dizionari.

# Definizione

Il “grande italiano 2008” Gabrielli – di “relazione” - nelle accezioni che più sembrano attagliarsi al tema della nostra giornata, dà questa definizione:

- Rapporto, nesso fra grandezze

Se, nella categoria “grandezze”  
comprendiamo sia le persone che le cose,  
o, per meglio dire, i fatti, è evidente che:

- I rapporti concernono le persone
- I nessi, la materialità dei fatti e dei comportamenti a questi sottesi e gli effetti che ne derivano o che, ad essi, sono riconducibili.

Mai come in sanità, rapporti e nessi – nelle precedenti accezioni – risultano tanto rilevanti e così intrecciati, interconnessi e interagenti, da poterli distinguere, molte volte, solo con impegnative operazioni analitiche.

I rapporti in sanità interessano “gli attori”.

Ma già una ricognizione sugli “attori” - nel senso di “chi siano” e di “quali ruoli” siano loro riconosciuti – direbbe già molto sui rapporti che si possono attendere.

Infatti, la conoscenza dell'ampiezza del “cast” degli attori - particolarmente, per quanto riguarda la comprensione o meno fra gli attori dei cittadini/utenti – permette di qualificare tipologicamente i rapporti.

E cioè:

- Se i cittadini/utenti (attuali o potenziali) sono considerati – essi stessi – attori, i rapporti saranno improntati al coinvolgimento, alla partecipazione attiva, alla corresponsabilizzazione.
- I rapporti saranno quindi di carattere democratico, orizzontale, tesi a sviluppare il lavoro di gruppo, valorizzando le competenze e le capacità individuali in funzione di obiettivi condivisi.

Viceversa:

- Se le persone siano considerate e trattate alla stregua di “pazienti”, “clienti” ecc. - inevitabilmente – saranno, non attori, ma destinatari.
- Allora, questa concezione<sup>47</sup> – insieme ad un restringimento del “cast” - comporterà una tipologia di rapporti poggiante su un'autorità di posizione, un funzionamento impostato su comunicazioni verticali, soprattutto dall'alto in basso e sulla riduzione a passività di una parte (i destinatari).

La democraticità dei rapporti agevola la circolazione dei vari punti di vista, sotto i profili critici e propositivi:

- riconosce ogni attore ed ogni voce degni di essere ascoltati e presi in considerazione, non fosse altro che agli effetti di un “oggettivo” e contestuale vaglio critico;
- Piuttosto che “ammettere”, richiede la partecipazione e la corresponsabilità come tratti essenziali e irrinunciabili di una co-operazione, distinta nelle competenze e nelle funzioni, ma ispirata al riconoscimento di una pari dignità.

- I rapporti verticali, che hanno la loro motivazione formale nella gerarchia, richiedono una collaborazione subordinata e, quindi, passiva o, nella migliore delle ipotesi, poco attiva.
- Declina isolatamente le responsabilità individuali e non la corresponsabilità.

È possibile incardinare le criticità relazionali – o, almeno, una casistica prevalente - ad uno dei due approcci piuttosto che all'altro?

- Personalmente, penso di sì.

Il modello democratico incentiva le possibilità-opportunità di:

- espressione individuale, umana (compresi i cittadini/utenti) e professionale;
- partecipazione, come prender parte, che si traduce anche in un “sentirsi” parte;
- realizzazione, a livello individuale e collettivo (della comunità di appartenenza).

È intuitivo che, nell'equipe piramidale possano insorgere più facilmente e frequentemente frustrazioni, risentimenti e conflitti, per quanto di positivo (vero o ritenuto tale) che si sarebbe voluto dire e che si sarebbe voluto fare, e non si è potuto:

- da cui le criticità relazionali – per così dire “intrinseche” - che costituiscono l'oggetto del presente convegno.

E cioè:

- Se i cittadini/utenti (attuali o potenziali) sono considerati – essi stessi – attori, i rapporti saranno improntati al coinvolgimento, alla partecipazione attiva, alla corresponsabilizzazione.
- I rapporti saranno quindi di carattere democratico, orizzontale, tesi a sviluppare il lavoro di gruppo, valorizzando le competenze e le capacità individuali in funzione di obiettivi condivisi

È tuttavia il caso di aggiungere che, mentre, nel modello democratico, si registrano - prima - migliori condizioni per prevenire e - quindi - maggiori risorse per contenere gli effetti degli eventuali dissensi e per superarli, così non è nel modello verticistico, che, per sua natura, tende a conculcare e, quindi, a far covare eventuali risentimenti sotto la cenere.

È quasi ovvio dare atto che ogni modello organizzativo/professionale discende da tipologie culturali e che, nelle traduzioni pratiche, ne derivano accezioni più o meno confermative, più o meno modificative.

Semplificando, potremmo sostenere che la strutturazione verticistica sia la declinazione organizzativa di un arcaico rapporto sacrale/lineare medico-paziente?

Probabilmente, sì.

Ma, al rapporto diretto medico-paziente:

- si sono sostituiti più operatori e più figure professionali interrelati in un tessuto organizzativo/funzionale e, quindi, “finalizzato” e, a questo proposito – oltre al “come” dei modelli - occorre chiedersi “a chi e a che cosa?”;
- si sono frapposti strumenti introspettivi e – attraverso i sempre più sofisticati accertamenti strumentali - “oggettivanti” le condizioni soggettive.

Di quest'ottica parcellizzante, il lessico organizzativo ospedaliero – e non solo - ha avuto ed ha significativi indicatori, come:

- ripartizioni, divisioni, sezioni.

Ci sono poi termini meno caratterizzati, come:

- servizi, unità funzionali, unità operative.

Ma anche un termine come “dipartimento” che, nelle teorizzazioni, dovrebbe andare in una direzione ricompositiva, presenta un'etimologia che riconduce a logiche parcellizzanti.

Comunque, la costituzione di “dipartimenti”, “gruppi di lavoro” e modalità di “lavoro di gruppo” - almeno nelle intenzioni – non dovrebbero essere ascritti alla precedente categoria.

- Resta da vedere, se e come, la convivenza di due logiche – la prima, più formale e codificata; la seconda, molto meno formalizzata e, per sue peculiarità, più pragmatica - possano coesistere, essere compatibili e non produrre conflittualità e rischi, come abbastanza prevedibile.

L'individualità delle persone e la soggettività comunitaria dei cittadini rimangono fuori, quasi sempre.

O, forse, non è così – eccezionalmente – in qualche rapporto privilegiato con la figura del (già) “medico di fiducia”, ora “medico di medicina generale”, che – in genere – si limita ad ascoltare e, qualche volta, ad auscultare, ma, poi, demanda il prosieguo alla farmacologia e allo strumentario tecnologico e all'apparato specialistico.

Specularmente, abbiamo una persona estraniata rispetto a parti (anatomiche) di essa, alle quali – in un tecnicistico ossequio – viene accreditata una “quasi-vita” autonoma.

Ne è prova – per un verso - il “consenso informato”, come modulo prefabbricato:

- molte volte, somministrato da personale altro, rispetto all'operatore che firmerà (se firmerà), da sottoscrivere, come un adempimento burocratico dovuto da parte della persona interessata (o chi per essa) ai fini di sbloccare la procedibilità delle operazioni, nella presunzione di una qualche copertura da responsabilità.

Oppure, il consenso informato:

- come processo di coinvolgimento attivo, teso a costruire quella che, felicemente, è stata chiamata “alleanza terapeutica”, che è segno di interlocuzione effettiva, di rispetto reciproco e, pertanto, del riconoscimento della dignità di ogni soggetto in causa,
- Sì, della persona direttamente interessata, ma anche degli operatori che intervengono, dato che la dignità, in certo senso, è ancora un fattore relazionale.

Nei limiti concessi all'introduzione ad un convegno, abbiamo toccato i rapporti in sanità - fra dirigenti e operatori, operatori e operatori, operatori e cittadini/utenti:

- entro contenitori strutturali/organizzativi