



MANUALE PNHAH

Barjas Negri
Ministro della Salute

*L'efficacia del sistema salute è fortemente legata alla qualità delle relazioni umane che si stabiliscono tra i professionisti e gli utenti nel processo di cure ospedaliere. Proprio per questo, l'implementazione del **Programma Nazionale di Umanizzazione dell'Assistenza Ospedaliera** sta ottenendo una ripercussione tanto straordinaria, aggregando gli sforzi degli assessorati statali e provinciali della sanità di tutto il Paese.*

*La pubblicazione del presente manuale è un'altra iniziativa del **Ministero della Salute** volta a contribuire all'umanizzazione dell'assistenza ospedaliera, offrendo orientamenti basilari ai dirigenti, ai professionisti della salute e agli utenti dei servizi.*

Un programma che ha l'ambizione di promuovere le relazioni umane come valore fondamentale nell'ambito delle pratiche di salute pubblica deve impegnarsi a rendere accessibili le esperienze di umanizzazione già esistenti a coloro che desiderano conoscerle ed impiegarle nelle proprie realtà. E sono tante e tanto singolari queste realtà, che sarebbe un errore presupporre una ricetta unica per tutti gli ospedali del Paese.

Questo manuale deve servire come strumento di supporto affinché ogni istituzione possa tracciare il proprio cammino, cercando soluzioni di umanizzazione adeguate alla propria realtà.

Per stimolare l'inserimento graduale di tutti i 6.500 ospedali del SUS¹ nel PNHAH², si stanno adottando altre importanti iniziative di divulgazione del programma. Tra queste, è degna di nota la creazione di una Rete Nazionale di Umanizzazione, attraverso Internet, per la formazione a distanza, lo scambio di idee e la diffusione continua di informazioni utili alla collettività. Vale la pena ricordare anche l'adozione di una politica speciale di incentivi, che comprendono il riconoscimento del premio "Ospedale Umanizzato".

Speriamo, fiduciosi, che la sommatoria di questi sforzi possa contribuire a migliorare i servizi di sanità pubblica, per il bene di coloro che vi lavorano e di coloro che usufruiscono dei servizi.

¹ SUS = Sistema Unico di Sanità

² Programma Nazionale di Umanizzazione dell'Assistenza Ospedaliera

Il processo di umanizzazione dei servizi sanitari: L'esperienza del Programma Nazionale di Umanizzazione dell'assistenza ospedaliera (PNHAH).

Introduzione

Questo manuale è stato scritto per i dirigenti e per tutti gli operatori sanitari che si occupano di umanizzare i rapporti tra gli amministratori, i professionisti e gli utenti degli ospedali. Ha allineato i principi e le linee guida di base per un processo di umanizzazione dei servizi sanitari, sulla base dell'esperienza fatta con l'implementazione del Programma Nazionale per l' Umanizzazione dell'Assistenza Ospedaliera (PNHAH).

Il PNHAH è nato da un'iniziativa strategica del Ministero della Salute: ricercare iniziative capaci di migliorare il contatto umano tra operatore sanitario e utente, tra gli stessi professionisti e tra l'ospedale e la comunità, per garantire il corretto funzionamento del Sistema Sanitario Unico – SUS

Lo sviluppo delle azioni PNHAH ha come principi fondamentali il rispetto per l'unicità degli ospedali e la stretta cooperazione tra i diversi attori che compongono il SUS: il Ministero della Salute, gli assessorati statali e provinciali e le istituzioni ospedaliere. Essenziale, inoltre, è l'integrazione di vari programmi già esistenti, focalizzati sull'umanizzazione.

Questo scambio di comunicazioni è stato della massima importanza non solo per moltiplicare le azioni proposte dal PNHAH ma anche per consolidare le basi di un proprio servizio umanizzato in ogni ospedale.

Il PNHAH rappresenta una guida generale per i progetti di umanizzazione sviluppati in vari settori ospedalieri. La sua funzione principale è quella di stimolare e sostenere permanentemente la creazione di spazi per la comunicazione tra i diversi settori assistenziali della struttura. Spazi dove siano di regola la libertà di espressione, la formazione continua, il dialogo, il rispetto per la diversità di opinioni e la solidarietà

La costituzione di **Gruppi di lavoro sull'Umanizzazione** negli ospedali e la formazione di una **Rete Nazionale di Umanizzazione** tra le istituzioni sanitarie pubbliche sono importanti esempi di spazi di comunicazione stimolati dal PNHAH. Entrambi rappresentano strumenti fondamentali per consolidare il processo di umanizzazione negli ospedali.

Obiettivi

Generale

- Attivare, diffondere e consolidare negli ospedali accreditati dal SUS la creazione di una cultura dell'umanizzazione che sia democratica, compassionevole e critica.

Specifici

- Migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi prestati all'utenza della rete ospedaliera brasiliana accreditata dal SUS.
- Modernizzare i rapporti di lavoro negli ospedali pubblici, al fine di recuperare l'immagine pubblica di queste istituzioni presso le comunità.
- Formare i professionisti degli ospedali pubblici ad un nuovo concetto di assistenza sanitaria, che valorizzi non solo la completezza dei processi di cura, ma anche le convinzioni e lo stile di vita del paziente, la soggettività e l'appartenenza alla comunità.
- Favorire la creazione di partenariati e lo scambio di conoscenze, esperienze e ricerca sull'umanizzazione dell'assistenza ospedaliera. Rafforzare e coordinare tutte le iniziative di umanizzazione già in essere nella rete ospedaliera pubblica.
- Progettare e realizzare nuove iniziative di cui beneficeranno gli amministratori, gli operatori sanitari e gli utenti del sistema sanitario.
- Sviluppare una serie di indicatori di risultato e un sistema di incentivi per l'assistenza sanitaria umanizzata.

Costruzione di una cultura dell'umanizzazione

Ciò che distingue l'uomo dagli animali irrazionali è che il suo corpo biologico è circondato, fin dall'infanzia, da una rete di immagini e parole presentate, prima di tutto dai genitori e dalla famiglia e poi dalla scuola e dal lavoro, ossia, da tutti i rapporti sociali. E' questo "bagno" di immagini e di linguaggio che dà forma allo sviluppo del corpo biologico, trasformandolo in un essere umano, con uno stile di vita unico.

Dato che siamo dotati di linguaggio, siamo in grado di costruire reti di significati, che condividiamo in misura maggiore o minore con i nostri simili e che ci forniscono un'identità culturale. Così, siamo in grado di trasformare le immagini in pittura e scultura, i suoni in musica e parole, le parole in poesia e letteratura, l'ignoranza in religione, arte, scienza e conoscenza. Siamo in grado di produrre cultura e, partendo da questa, di intervenire e modificare la natura. Trasformare la malattia in salute, per esempio.

Ma la parola può fallire, e quando la parola fallisce, siamo capaci delle peggiori nefandezze. La distruttività è parte della storia umana e la storia testimonia fino a che punto possiamo arrivare. L'uomo diventa lupo per l'altro uomo . Cominciamo ad utilizzare

tutto quello che sappiamo per annientare le persone che riteniamo diverse da noi e che quindi percepiamo come una minaccia da eliminare. Questa distruttività può manifestarsi a vari livelli e intensità, da un "non guardare in faccia e non dire buongiorno" fino all'atto più crudele e definitivo di violenza.

Cosa vuol dire allora umanizzare? Umanizzare significa garantire alla parola la sua dignità etica. Ossia, affinché la sofferenza umana, la percezione del dolore o del piacere possano essere umanizzate, è necessario che le parole con cui il soggetto le esprime siano riconosciute dall'altro. E' anche necessario che il soggetto senta da parte dell'altro parole di riconoscimento. È attraverso il linguaggio che si scoprono i mezzi personali di comunicazione con l'altro. Senza di esso, ci disumanizziamo reciprocamente. In breve: senza comunicazione, non c'è umanizzazione. L'umanizzazione dipende dalla nostra capacità di parlare e ascoltare, dipende il dialogo con i nostri simili.

Lo sviluppo scientifico e tecnologico ha senza dubbio portato una serie di vantaggi, ma ha l'effetto negativo di una crescente disumanizzazione. Il prezzo che paghiamo per la presunta oggettività della scienza è quello di eliminare la condizione umana della parola, che non può essere ridotta - nel caso esemplare delle cure ospedaliere - a semplice descrizione tecnica dei sintomi e della progressione di una malattia. Quando si compila un modulo anamnestico, non si ascolta la parola del paziente. Le informazioni sono indubbiamente indispensabili, ma il lato umano viene escluso. L'atto tecnico, per definizione, elimina la dignità etica della parola, in quanto questa è necessariamente personale, soggettiva e deve essere riconosciuta nella parola dell'altro.

La scienza e la tecnologia diventano disumanizzanti quando siamo ridotti ad oggetti spersonalizzati dalla nostra stessa tecnica, da una ricerca fredda ed oggettiva. Un ospedale può valere 10 dal punto di vista tecnologico ma, nonostante ciò, essere disumano nell'attenzione. Questo succede quando si trattano i pazienti come semplici oggetti di intervento tecnico e non si ritiene necessario - se non addirittura una perdita di tempo - ascoltare le loro ansie, i timori e le aspettative. Oppure, quando i pazienti non vengono neppure informati su quanto si sta facendo loro.

La difficoltà, spesso, sta nell'eccesso di domanda causato da problemi che avrebbero potuto essere risolti in un primo intervento. Altre volte è la domanda esagerata di offerte tecniche e tecnologiche, alla ricerca vorace di profitti. Altre volte ancora è una mancanza di tecnica, formazione, materiali, gestione, spirito di accoglienza. I servizi diventano disumanizzanti per la cattiva qualità dell'assistenza risultante e per la bassa solvibilità. Questa carenza generale o specifica di condizioni gestionali, tecniche e materiali, induce alla disumanizzazione poiché i professionisti e gli utenti cominciano a relazionarsi in modo irrispettoso e impersonale, a causa della stanchezza, del disimpegno, dell'accumulo di irritazione scoraggiamento o del terrore del fallimento cronico delle aspettative, con ciò generalmente peggiorando una situazione già di per sé precaria. È importante ricordare che, anche in momenti e condizioni difficili, possiamo essere gentili e

generosi. Una voce calda, un augurio di buon giorno, un gesto di benvenuto dimostrano il nostro sforzo nell'attenuare i problemi. Di fronte a circostanze avverse possiamo sempre chiederci cosa fare per migliorarle.

L'impegno verso la persona che soffre può avere le più diverse motivazioni, così come l'impegno verso chi l'assiste e quello tra questi ultimi. Umanizzare l'assistenza ospedaliera significa non solo dare spazio alla parola dell'utente ma anche a quella del professionista della salute, in modo che tanto uno quanto l'altro possano far parte di una rete di dialogo. È compito di questa rete promuovere azioni, campagne, programmi e politiche assistenziali che partano dalla dignità etica della parola, dal rispetto, dal riconoscimento reciproco e dalla solidarietà.

Partendo da questa prospettiva, il PNHAH identifica diversi indicatori per l'umanizzazione dell'assistenza ospedaliera, raggruppandoli in tre grandi aree:

- Accoglienza e assistenza degli utenti.
- Lavoro dei professionisti.
- Logiche di gestione e management.

Questi indicatori possono servire per un lavoro di analisi, riflessione ed elaborazione di azioni, campagne, programmi e politiche assistenziali finalizzati ad orientare un piano di umanizzazione all'interno di ogni struttura, ogni comune, ogni stato oppure in tutto il Paese.

La principale aspettativa del PNHAH è di creare una nuova cultura dell'umanizzazione, una filosofia organizzativa che promuova una coniugazione quotidiana del verbo umanizzare. Tutto ciò affinché il processo di umanizzazione dell'assistenza ospedaliera non venga interrotto in caso di cambiamenti nelle direzioni, nelle leadership o nel governo.

La costruzione di una cultura dell'umanizzazione richiede tempo per essere costruita, implica la partecipazione di tutti gli attori del sistema e non è facilmente fotografabile, misurabile o quantificabile. Umanizzare è un verbo personale e intransitivo, giacché nessuno può essere umano al posto nostro. Ma è moltiplicabile, poiché è contagioso. Il migliore dei contagi.

Sanità pubblica umanizzata

Contestualizzazione del SUS

Tutti i cittadini brasiliani hanno diritto di accesso al servizio sanitario. È però opportuno osservare che sono responsabili del coordinamento degli sforzi per strutturare il SUS sia le comunità quanto il governo. Il decentramento, attraverso la regionalizzazione e la municipalizzazione della sanità, è la strategia ideale affinché tutte le istanze responsabili del sistema salute possano articolarsi in questo sforzo. Non c'è dubbio sul fatto che le municipalità garantiscono i servizi sanitari di base, portando logica, razionalità e controllo del sistema.

I comuni brasiliani possiedono condizioni di sviluppo e di assistenza sanitaria completamente diverse tra loro. Per questo motivo, il SUS ha definito diverse forme di abilitazione che indicano il grado di responsabilità e autonomia gestionale della sanità municipale. I due livelli di abilitazione – gestione completa dell'assistenza di base e gestione completa del sistema salute – definiti dalla Norma Operativa Base del Sistema Sanitario – NOB 01/96, sono stati ampliati dalla Norma Operativa dell'Assistenza Sanitaria NOAS 01/2001, con la quale si sono anche stabiliti i criteri di valutazione della gestione.

La regionalizzazione della sanità garantisce i riferimenti assistenziali per la media e l'alta complessità. I comuni sono stati raggruppati in unità sanitarie, ciascuna con un municipio-sede, responsabile del livello 1 di riferimento per la media complessità. Uno o più di queste unità sono raggruppate dall'assessorato statale alla sanità in micro regioni, che identificano il livello 2 di riferimento per la media complessità. Tali micro regioni, a loro volta, sono raggruppate in macro regioni con servizi di livello 3 per l'alta complessità. Gli assessorati identificano anche i servizi di livello 4 per l'alta complessità ed i Centri di Riferimento nazionali.

L'operatività del SUS richiede ai manager municipali e statali pianificazione e coordinamento. Il coordinamento politico tra gli assessorati statali e quelli provinciali di ogni micro regione è fondamentale affinché il cittadino brasiliano abbia accesso ai servizi nel proprio comune, ricorrendo ai riferimenti di servizi di media ed alta complessità solo quando necessario. Quanto più la pianificazione di questo sistema è coordinata, maggiori garanzie si avranno sul fatto che i servizi sanitari non saranno sovraccarichi di una domanda eccessiva e non pertinente ai loro obiettivi istituzionali.

La partecipazione delle comunità, attraverso i consigli municipali e statali per la sanità, gioca un ruolo importante: conferire maggior visibilità alle decisioni dei manager. La creazione di consigli di amministrazione in tutti i servizi sanitari che fanno parte del SUS aumenta il controllo e la partecipazione sociale.

L'umanizzazione della sanità pubblica viene sostenuta nel piano di azioni coordinato e decentralizzato dal SUS. Perché possa avvenire, in pratica, la strategia principale è il coordinamento tra city manager, dirigenti statali e istanze collegiali di partecipazione sociale, le Conferenze di Salute e i Consigli di Salute. E' indispensabile impiantare il SUS dove ancora non esiste ed è imperativo migliorarlo, in modo permanente, dove è già stato impiantato.

Dilemmi e sfide attuali

È innegabile che, dopo tanti anni di lotta, il SUS ha ottenuto un ampliamento significativo in termini di copertura e accesso. Manager, professionisti e utenti dei servizi sanno che oggi, con un nuovo livello di sviluppo nazionale, la sfida principale per il SUS è migliorare la qualità dei servizi che presta alla popolazione in termini di efficacia e produzione di salute. Non basta concentrare gli sforzi nella ricerca di efficienza e produttività, essenziali affinché i fondi pubblici siano investiti in maniera responsabile.

La qualità scadente dei servizi finisce con il sovraccaricare il sistema. La spiegazione è semplice. Se un professionista si trova in difficoltà nella realizzazione del proprio lavoro, l'utente è insoddisfatto del servizio e il manager non ottiene una buona comunicazione e interazione con altre istanze, i percorsi sono disorganizzati e generano un numero notevole di visite, esami complementari e ricoveri aggiuntivi. Buona parte delle richieste dei pazienti potrebbe essere risolta in prima istanza, se esistessero un buon sistema di comunicazione ed una buona relazione professionista/utente.

Quanto minori sono l'integrazione, la comunicazione, il legame ed il reciproco riconoscimento tra professionisti e utenti, tra il *équipe* professionali e manager dei diversi livelli del sistema salute, tanto minore sarà la possibilità di efficacia nel servire la popolazione.

Per risolvere queste sfide e migliorare l'efficacia dei servizi sanitari, non basta investire nell'efficienza tecnico-scientifica e nella razionalità amministrativa. Qualsiasi servizio sanitario, così come qualsiasi relazione tra manager ed *équipe* professionali è caratterizzato dalle relazioni umane. È pertanto necessario prestare attenzione a principi e valori come la solidarietà e l'etica nella relazione tra manager, professionisti e utenti. Un'etica che accolga l'ignoto e l'imprevedibile, che accetti i limiti di ogni situazione e che sia guidata dall'apertura al rispetto dell'altro come essere unico e degno.

La proposta di umanizzazione dei servizi sanitari pubblici è pertanto un valore fondamentale per raggiungere una miglior qualità verso gli utenti e nelle condizioni di lavoro dei professionisti di tutto il sistema salute. Non si tratta di adottare misure per "fare il *maquillage*" alle istituzioni, né tantomeno di una proposta "ortopedica". L'umanizzazione ha come scopo una nuova cultura istituzionale, che possa instaurare norme di relazione etiche tra manager, tecnici e utenti.

Il processo di umanizzazione dei servizi sanitari ci pone di fronte ad un duplice compito: riflettere sulla realtà del sistema salute e quindi sulla particolarità di ogni istituzione/ situazione e creare soluzioni per affrontare le sfide e ottimizzare le opportunità.

Non si tratta di un ulteriore sovraccarico in un lavoro che già richiede molti sforzi. Manager ed équipe di professionisti affrontano, giorno per giorno, un'enormità di compiti, responsabilità e impegni. Oltre a ciò, devono rispondere ai bisogni di persone che si trovano in situazioni di fragilità, dipendenza, dolore e sofferenza, spesso in condizioni di lavoro difficili. È proprio la realizzazione di queste due attività – la costruzione uno spazio collettivo per la riflessione sulla realtà istituzionale e professionale e la ricerca di soluzioni creative per le sfide incontrate – che potrà facilitare il lavoro dei professionisti della salute e migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti.

Il primo passo è la sensibilizzazione di chi gestisce i servizi sulla questione dell'umanizzazione e sullo sviluppo di un modello di gestione votato alla costruzione di una nuova cultura organizzativa. Una cultura, questa, che deve essere improntata dal rispetto e dalla solidarietà e dallo sviluppo della solidarietà e del senso civico negli attori coinvolti e negli utenti.

Questo nuovo modello gestionale deve essere sostenuto dal potenziamento della volontà politica dei dirigenti di partecipare ad azioni efficaci e costanti che trasformino la realtà istituzionale delle organizzazioni sanitarie. Deve, inoltre, essere sostenuto dal riconoscimento della natura procedurale di queste trasformazioni, dalla necessità di comunicare e di divulgare i risultati dei progetti e dalla creazione di condizioni che li sostengano.

Un altro aspetto di fondamentale importanza di questa proposta gestionale, è la creazione di spazi di comunicazione che facilitino e stimolino l'espressione libera, la dinamica del dialogo, il rispetto della diversità di opinione e la presa di decisioni collettive.

Una volta attivato questo processo, le istituzioni sanitarie, attraverso la voce degli utenti, dei professionisti e dei manager, assumono la direzione della costruzione della propria identità e del proprio progetto. Questo compito richiede autonomia, libertà e responsabilità. Come controparte, offre la possibilità di ricostruire di fronte alla comunità l'immagine tanto malconcia del servizio sanitario pubblico.

La partecipazione dell'utente

La Costituzione del 1988 è molto chiara: tutti i cittadini godono di diritti civili, quali la libertà di espressione personale, di religione e di spostamento; diritti politici come quelli elettorali e di associazionismo; diritti sociali, riferiti a stato di salute, educazione, lavoro, condizioni di vita e di assistenza in situazioni di rischio sociale.

In pratica, non è sempre facile rivendicare questi diritti, soprattutto quelli sociali. Affinché questo accada, si sono resi indispensabili l'organizzazione sociale e la partecipazione del cittadino. È il caso del SUS. I diritti dell'utente vengono garantiti attraverso il controllo sociale. Anzi, è proprio la Costituzione del 1988 che stabilisce come principio strutturale del SUS la partecipazione della comunità nella progettazione e nella valutazione continua.

Nel 1990, la legge 8.080 che regola il SUS, ha determinato la creazione di commissioni intersettoriali subordinate al Consiglio Nazionale di Sanità. Nello stesso anno, la legge 8.142 ha definito due istituzioni collegiali: le Conferenze di Sanità e i Consigli di Sanità. I Consigli – costituiti per il 50% da rappresentanti dell'utenza e per il 50% da rappresentanti del governo, operatori e professionisti della sanità – sono organismi deliberativi incaricati di normare, raccomandare, promuovere eccellenze, formulare strategie e controllare l'implementazione delle politiche sanitarie. Le decisioni devono essere controfirmate dai livelli statali e provinciali della sanità e le loro principali strategie di azione sono la negoziazione politica, l'azione giuridica e l'attivazione del Pubblico Ministero quando le risoluzioni non vengono rispettate.

È interessante notare che nel dicembre 2000, l'11^a Conferenza Nazionale sulla Salute ha definito le linee guida della politica sanitaria, con il tema “ Impegno del SUS: accesso, qualità e umanizzazione dell'assistenza sanitaria, con il controllo sociale”.

La partecipazione civica è stata stimolata attraverso funzioni quali quella del difensore civico, lavori da sala d'attesa, preparazione alle dimissioni, alloggio congiunto e prolungamento dell'orario di visita. Queste stesse funzioni vengono utilizzate per aumentare i diritti degli utenti e per legittimare il prestigio delle istituzioni ospedaliere.

Molte delle restrizioni imposte nei moderni ospedali in termini di regole e d'orario, per esempio, non obbediscono a ragioni tecniche. Sono, in verità, parte di una lunga eredità istituzionale, di stampo autoritario. È importante mettere in discussione e rivedere le regole che limitano l'accesso e la partecipazione di famiglie e utenti, favorendo forme più aperte e libere di interazione con l'ospedale. Quanto maggiore è questa interazione, tanto maggiori sono la forza creativa e l'alleanza che si stabiliscono tra l'istituzione e i suoi utenti. Ne guadagnano tutti: i pazienti e le famiglie conquistano più spazi, libertà e fiducia nell'assistenza; dipendenti e professionisti possono contare su una rete d'aiuto maggiore nello svolgimento dei propri compiti.

Il volontariato nei servizi sanitari

La popolazione e gli enti non governativi hanno dimostrato una crescente disponibilità ad impegnarsi in azioni filantropiche e caritative, in diverse forme di solidarietà e partecipazione sociale. Così, il lavoro volontario ha conquistato sempre maggior visibilità e rispetto.

Conviene ricordare, nel contempo, che il volontariato nasce da un impulso personale, solidale e di forte carattere emotivo. Sarebbe un errore negare questa origine o non tener conto di questa enorme forza motivazionale. È però necessario andare al di là di questo impulso e rafforzare una società civile più autonoma e istituzioni più democratiche.

È altresì necessario far crollare i pregiudizi riguardanti la natura e il significato del volontariato. Questo sarà possibile soltanto con un'ampia divulgazione di esperienze di successo, con uno sforzo sistematico di orientamento e integrazione dei volontari e con la preparazione delle istituzioni a gestire adeguatamente il potenziale del lavoro volontario. Ma, per consolidare una nuova cultura del volontariato, si deve coinvolgere la comunità nel suo senso più ampio.

Il processo di umanizzazione del lavoro ospedaliero implica una serie di misure organizzative, istituzionali, professionali e personali. Una di queste è l'inserimento coerente del lavoro volontario. Come espressione di un'etica di solidarietà e partecipazione civica, il volontariato è una delle forme più efficaci di alleanza dell'istituzione con una comunità che fa propria e si e si accolla la sua parte di responsabilità nel cambiamento culturale in sanità. Esso non può, pertanto, ridursi a impeti di generosità disorganizzata o sostituire vincoli formali di lavoro in quadri sociali di disoccupazione.

Quando si svolge in modo organizzato, con criteri e obiettivi ben chiari, il lavoro volontario è una fonte significativa di risorse e competenze qualificate. Dopo tutto, conta sulla partecipazione diretta della comunità e può rispondere con maggior visibilità e credibilità alle necessità e alle aspettative degli utenti. Integrata in un processo di umanizzazione, l'azione volontaria implica una presa di coscienza di se stesso e una trasformazione personale inscindibili da un cambiamento nella comprensione del mondo e da una trasformazione più ampia della società.

Tre raccomandazioni per lo sviluppo di un processo di umanizzazione dei servizi sanitari

Gestione partecipata

Immagina di star entrando nel tuo ospedale. Da quale porta entri? Quella del personale, quella dei dirigenti o quella degli utenti?

Immagina di essere un dirigente e, in un lunedì piovoso, di farti venire in mente di entrare dalla porta del personale. Alcuni si spaventano. Cosa ci farà lì il capo, a quell'ora? Altri ti salutano in modo simpatico, sorridente, portandoti a notare che, di fatto, stanno bollando la cartolina all'ora giusta. Altri ancora si chiedono chi sei. Questa scena sarebbe perfettamente possibile in innumerevoli ospedali del Brasile e del mondo.

Se quanto hai fatto lunedì non ha sorpreso nessuno, se tutti ti hanno salutato chiamandoti per nome, se la maggior parte dei dipendenti ti ha riconosciuto, il tuo ospedale ha un grado di umanizzazione delle relazioni dipendenti-dirigenza ammirevole. Complimenti!

Immagina adesso di esserti svegliato presto il martedì e di aver deciso di entrare in ospedale passando per la porta degli utenti. Che cosa hai trovato? Code, lamentele, calca? Sicuramente la maggior parte delle persone non sanno chi sei. Se ti avvicini e chiedi perché sono venuti in ospedale, da quanto tempo stanno aspettando, probabilmente lo troveranno strano ma, per cautela, risponderanno qualcosa di positivo per non correre il rischio di scontentarti.

Ma, osserva bene. Dove e come stanno aspettando le persone? Al sole, sotto la pioggia o in qualche posto protetto e confortevole? Da quanto tempo sono in fila? Qualche ora? Pochi minuti? Ognuna di queste risposte ti darà una misura del livello di umanizzazione dell'assistenza nel tuo ospedale. Se le persone aspettano poco, se lo spazio è minimamente confortevole, se il rumore è basso, se nessuno sviene o urla in fila, allora puoi esser orgoglioso: il tuo ospedale ha un grado di umanizzazione della porta d'ingresso ammirevole. Ancora complimenti, a te e ai tuoi collaboratori. Tutti sappiamo com'è stato difficile arrivarci. In caso contrario, non disperare: la maggior parte degli altri ospedali affronta problemi simili. Questo non vuol dire che non esistono soluzioni, che questa situazione sia immutabile. Il PNHAH è uno strumento valido, che può aiutarti a trasformare questa realtà.

Prima di questo, cambiamo i ruoli. Immagina ora di non essere tu il capo. Anzi, non devi ancora aver cominciato a lavorare in ospedale come dirigente. Probabilmente prima di arrivare a questo hai ricoperto altri vari ruoli. Ti ricordi com'era? Cosa sentivi o pensavi nei confronti dei tuoi capi? E degli utenti?

Immaginati, quindi, ad entrare attraverso la porta dei dipendenti e trasformati in uno di loro. Ti sei svegliato con la voglia di venire a lavorare questa mattina? Arrivi e chi incontri? Hai qualche minuto per salutare i colleghi? Come stanno? Forse pensi che i dirigenti dovrebbero occuparsi maggiormente di voi lavoratori. In fondo, a chi tocca faticare? È bello fare discorsi ma mettere le mani in pasta, affrontare questa banda di gente lamentosa, sofferente, per tante ore e tutti i giorni... a volte non ne puoi più! Hai già tentato di parlarne con altri colleghi che, come te, non ne possono più? E come ti senti di fronte a quei pazienti che vengono tutti giorni in ospedale come se non avessero altro da fare nella vita? Persone che soffrono da mesi di un dolore cronico, che reclamano sulla porta di un pronto soccorso o di un servizio di emergenza-urgenza. Dovrebbero capire che non sono nel posto giusto per farsi visitare. Dovrebbero, appunto.... Ti sei mai chiesto perché queste persone tornano sempre nello stesso ospedale? Perché aspettano ore e ore per ottenere qualche tipo di trattamento?

Che cosa sai della rete di servizi del SUS? Funziona? Com'è la realtà delle unità sanitarie di base? E quella dei servizi igienico-sanitari di base? E quella del programma salute della famiglia? Su quali servizi territoriali conta il tuo ospedale al momento delle dimissioni o quando deve indirizzare un paziente per un controllo o un trattamento post-ricovero?

Non è solo immaginazione. Tutti questi dubbi e problemi sono molto frequenti negli ospedali. Da ciò, la preoccupazione del PNHAH. La proposta del programma è di aiutare a stabilire forme di cura umanizzata, sia per gli utenti sia per gli operatori. Va notato che è molto difficile offrire ciò che non si ha. Sviluppare standard di cura umanizzata per tutti gli utenti richiede forme di relazione istituzionale umanizzate anche tra dipendenti e dirigenza, tra colleghi e persone che lavorano nelle stesse aree, con formazione e responsabilità diverse.

Torniamo alle domande. Questa volta per valutare quello che si definisce "clima istituzionale". Che momento sta attraversando la tua organizzazione? Che tu sia dirigente o meno, qual è la tua sensazione rispetto all'ente per cui lavori? Esiste un progetto organizzativo? La dirigenza riesce ad esplicitare ciò che si propone di fare? Quali sono le priorità gestionali, quali le linee generali o le direttrici? Vi sono spazi collettivi di deliberazione e/o scambio di idee e decisioni? Esiste una formalizzazione di questi incontri o sono sporadici e irregolari?

Queste questioni toccano gli aspetti cruciali dell'assistenza e del funzionamento dell'organizzazione sanitaria. Prese nel loro complesso, rappresentano l'inizio del processo di umanizzazione del tuo ospedale. È impossibile pensare all'umanizzazione senza tener conto di tutti questi fattori: la qualità tecnica e democratica della dirigenza e del processo di lavoro, la funzionalità e l'estetica degli spazi fisici, la capacità di accoglienza e la gentilezza nei contatti, il rispetto delle differenze e dei saperi popolari, l'efficienza e l'aspetto democratico del sistema sanitario, l'accesso universale, l'equità, la complessità e la vicinanza reale alle persone e alle comunità.

Partecipazione alla Rete Nazionale per l'Umanizzazione

Il Ministero della Salute ha cercato di sviluppare una serie di programmi per mettere in pratica i principi fondamentali proposti dal SUS. La sfida, ora, è di stabilire un processo continuo di scambio di informazioni ed esperienze tra questi programmi. La comunicazione ed il coordinamento sono fondamentali per potenziare il SUS e, soprattutto, per la diffusione di una nuova cultura della qualità nel servizio pubblico brasiliano.

Per affrontare questa sfida, considerata l'estensione del territorio nazionale, la diversità delle realtà che lo compongono e il volume di lavoro in campo sanitario, l'unica strada è il coordinamento delle nuove tecnologie del mondo digitale con le forme tradizionali di contatti d'aula e esperienze.

Il lavoro in rete permette un'ampia interazione, non solo tra i vari settori e progetti dell'istituzione sanitaria, ma anche tra questa e gli utenti e tra questa ed altre istituzioni pubbliche e private. Permette, inoltre, la comunicazione tra l'istituzione e i rappresentanti della comunità nella quale si inserisce. La rete stimola i suoi componenti a partecipare dell'esperienza altrui, producendo così due movimenti: quello dell'autoconoscenza e quello della partecipazione più attiva e solidale della comunità.

La costruzione di una Rete Nazionale di Umanizzazione è pertanto uno strumento fondamentale per il consolidamento del lavoro di umanizzazione svolto in ogni località. Con la Rete diventa molto più facile garantire uno scambio costante di idee, strategie e informazioni di rilievo. Inoltre, è più facile garantire ad ogni iniziativa l'appoggio e la risonanza necessari.

Obiettivi della Rete Nazionale per l'Umanizzazione

- Rendere l'istituzione più visibile e affidabile agli occhi della comunità, condividendo le informazioni sulle azioni realizzate e i risultati ottenuti.
- Offrire maggior agilità ai processi da sviluppare, attraverso la conoscenza di nuove metodologie testate in altre iniziative.
- Offrire più possibilità di creare partnership.
- Garantire appoggio e risonanza alle iniziative di umanizzazione messe in atto.
- Favorire la formazione di una cultura della partecipazione, della cooperazione e della corresponsabilità

Come partecipare

Il network nazionale si basa su un sito web del PNHAH (www.humaniza.org.br) e su una équipe di moltiplicatori virtuali, responsabili della manutenzione e del potenziamento della Rete, con informazioni, esperienze e discussioni rilevanti per il Progetto.

- Accedendo all'indirizzo elettronico del PNHAH, tu e il tuo ospedale potrete:
- Far parte della Rete Nazionale di Umanizzazione.
 - Ricevere informazioni sulle attività periferiche della rete: Banca dei Progetti, Mappa Nazionale dell'Umanizzazione, gruppi di discussione, conferenze, convegni e supervisione a distanza.
 - Divulgare le vostre esperienze di umanizzazione (in questo caso è necessaria l'autorizzazione della direzione).

Formazione dei Gruppi di Lavoro sull'Umanizzazione

Cosa sono?

I Gruppi di Lavoro sull'Umanizzazione degli ospedali sono spazi collettivi organizzati, partecipati e democratici, finalizzati ad intraprendere una politica istituzionale di riscatto dell'umanizzazione dell'assistenza sanitaria, a beneficio degli utenti e dei professionisti della salute.

Chi ne fa parte?

I Gruppi di Lavoro sull'Umanizzazione degli ospedali devono contare su una partecipazione equa di rappresentanti delle diverse categorie professionali, campi disciplinari e gradi gerarchici dell'istituzione: rappresentanti della direzione ospedaliera, del management settoriale e dei servizi, tecnici dell'area medica e non medica (assistenti sociali, psicologi, infermieri, personale tecnico-amministrativo) e personale di appoggio (sicurezza, pulizia, cucina, ecc.). Il coordinamento del GLU deve essere scelto democraticamente all'interno delle leadership impegnate nell'idea di umanizzazione.

Qual'è il loro ruolo?

- Guidare il processo di umanizzazione in ospedale.
- Promuovere l'azione congiunta della direzione generale ospedaliera e delle dirigenze rappresentative dei professionisti dei vari settori dei servizi
- Ricercare strategie di comunicazione e integrazione tra i diversi settori
- Promuovere il flusso delle proposte e delle delibere.
- Appoggiare divulgare le iniziative di umanizzazione in via di sviluppo.
- Valutare i progetti già in essere e quelli ancora da sviluppare nell'istituzione, secondo i principi di umanizzazione proposti.
- Stimolare la partecipazione della comunità e degli enti della società civile alle azioni di umanizzazione dei servizi.
- Promuovere la partecipazione dell'ospedale alla Rete Nazionale di Umanizzazione.

Cinque passi per lo sviluppo di un processo di umanizzazione dei servizi sanitari

Umanizzare è un verbo che deve essere coniugato continuamente da un numero sempre maggiore di utenti, lavoratori e manager della sanità, poiché si degrada facilmente, può riempirsi di significati contraddittori e designare perfino il proprio opposto, la disumanizzazione. È necessario chiedersi ogni giorno: “Ciò che stiamo facendo è umanizzante o no? Perché?”

Per facilitare questo compito e orientare la costruzione e l'implementazione di un processo di umanizzazione del vostro ospedale, suggeriamo un metodo con cinque passi. La metodologia e le strategie di ciascuno di essi non devono essere seguite alla cieca ma possono essere adattate alla realtà della vostra struttura.

1°. Sensibilizzare la gestione ospedaliera

Obiettivi:

- Sensibilizzare la direzione ospedaliera sull'importanza e i benefici dell'umanizzazione dei servizi sanitari.
- Ottenere l'appoggio della direzione per l'implementazione ed il sostegno permanente delle azioni di umanizzazione.

Metodologia suggerita:

- Stimolare la riflessione congiunta sulla questione dell'umanizzazione e la realtà istituzionale in termini di umanizzazione dei servizi.

Strategie suggerite:

- Discutere il manuale e la portata della regolamentazione del PNHAH.
- Discutere il concetto di umanizzazione contenuto nel PNHAH..
- Presentare il video del PNHAH sulle esperienze di umanizzazione.
- Visitare il sito web del PNHAH.
- Registrare l'ospedale sul sito del PNHAH affinché venga incluso nella Rete Nazionale di Umanizzazione.

2°. Creare Gruppi di Lavoro sull'umanizzazione (GLU)

Obiettivo:

- Costruire un gruppo di lavoro composto da professionisti di diverse categorie e grado gerarchico (direzione, alla clinica, area operativa, ecc.), impegnati nell'idea di umanizzazione.

Metodologia suggerita:

- Convocare le leadership di ogni settore ospedaliero e invitarle a partecipare alla creazione del GLU.

- Identificare i componenti del GLU.
- Elaborare un regolamento interno per la formazione, il coordinamento e il funzionamento del GLU.
- Nominare un coordinatore.

Strategie suggerite:

- Promuovere gruppi di discussione.
- Condurre seminari.
- Realizzare riunioni per settori e servizi.
- Organizzare incontri.

3°. Fare una diagnosi della situazione ospedaliera in termini di servizi umanizzati

Obiettivo:

- Creare una cultura dell'umanizzazione e una filosofia organizzativa umanizzata
- Riconoscere le potenzialità dell'istituzione in termini di umanizzazione dei servizi e di altre questioni correlate (vedere indicatori di umanizzazione).

Metodologia suggerita:

- Analizzare la configurazione organizzativa dell'ospedale.
- Verificare le iniziative di stampo umanizzante svolte nell'ospedale.
- Utilizzare gli indicatori di umanizzazione proposti dal PNHAH per valutare le relazioni interprofessionali e professionista-utente e le azioni di umanizzazione.
- Delineare una diagnosi preliminare dell'umanizzazione nell'ospedale, attraverso la verifica delle potenzialità e delle carenze relative all'umanizzazione dei servizi e delle relazioni di lavoro.
- Mappare le sfide da affrontare.

Strategie suggerite:

- Raccogliere informazioni sulla storia della fondazione dell'istituto, così come sul suo sviluppo e sulla sua situazione attuale.
- Tracciare le caratteristiche dell'ospedale, quali la frequenza delle visite, delle operazioni mediche e chirurgiche, numero dei letti, numero e qualifica del personale, qualità delle strutture e delle attrezzature, servizi offerti, programmi specifici in atto, carichi di lavoro e salari, epidemiologia, ecc..
- Visitare i diversi settori e servizi dell'ospedale.
- Prestare particolare attenzione all'accesso e valutare i problemi lì riscontrati.
- Applicare la ricerca del PNHAH sulla soddisfazione degli utenti e dei professionisti della salute.
- Rilevare le carenze e le potenzialità per settori e servizi.
- Mappare le iniziative di umanizzazione vigenti nell'ospedale.

4°. Elaborazione e implementazione del piano operativo di umanizzazione

Obiettivi:

- Elaborare un piano di azione per umanizzazione ospedaliera a breve, medio e lungo termine, tenendo conto delle priorità e delle necessità specifiche dell'ospedale, nonché delle azioni di umanizzazione già esistenti.
- Impiantare il piano di azione di umanizzazione nell'ospedale.

Metodologia suggerita:

- Utilizzare una metodologia partecipativa, nelle due direzioni correlate: umanizzazione dell'assistenza all'utente e umanizzazione del lavoro del professionista della salute.
- Coordinare il piano di umanizzazione proposto con le iniziative già esistenti.

Strategie suggerite:

- Promuovere riunioni del GLU per definire le priorità, gli obiettivi e le azioni secondo gli indicatori di umanizzazione proposti dal PNHAH.
- Ampliare e istituzionalizzare le iniziative già esistenti.
- Presentare formalmente alla dirigenza e al collettivo dei professionisti il piano di umanizzazione.
- Discutere l'implementazione del piano operativo di umanizzazione per settori e servizi, in modo da ottenere l'impegno alla partecipazione attiva del maggior numero di persone.
- Sviluppare un processo di comunicazione e riflessione sulla dinamica istituzionale e la dinamica delle relazioni di lavoro.
- Costruire reti interne di comunicazione (sportello di ascolto, banca delle idee, ecc.).
- Diffondere in tutto l'ospedale le iniziative di umanizzazione esistenti e quelle da sviluppare.
- Preparare materiali e spazi per la divulgazione (newsletter, poster, banner, spillette, murali, eventi, conferenze).
- Partecipare alla Rete Nazionale di Umanizzazione.
- Stimolare la partecipazione della comunità ad eventi, azioni e campagne di umanizzazione dell'ospedale.
- Sviluppare partnership con istituzioni pubbliche e private e con movimenti civici.

5°. Valutazione dei risultati dell'implementazione del processo di umanizzazione

Obiettivi:

- Verificare costantemente le azioni di umanizzazione in atto e le nuove proposte di umanizzazione dei servizi.
- Riorientare le azioni di umanizzazione a partire dai risultati ottenuti e dal grado di coinvolgimento dei vari settori dei servizi dell'ospedale.
- Valutare le prestazioni del GLU in termini di obiettivi e funzioni.
- Valutare la partecipazione dell'ospedale alla Rete Nazionale di Umanizzazione

Metodologia suggerita:

- Analizzare le difficoltà e gli errori
- Identificare le opportunità di miglioramento
- Realizzare un'indagine sulla soddisfazione dei professionisti degli utenti

Strategie suggerite:

- Valutare le azioni partendo dagli indicatori di umanizzazione del PNHAH

Indicatori di umanizzazione

La valutazione delle azioni di umanizzazione a partire dagli indicatori proposti dal PNHAH è fondamentale. Il Gruppo di Lavoro, però, in questo compito può trovarsi di fronte ad una serie di questioni che vanno al di là della sua responsabilità e possibilità di azione. È pertanto necessario definire il grado di governabilità o ingovernabilità che il Gruppo detiene sulle azioni di umanizzazione.

Il gruppo di lavoro può certamente creare alternative e soluzioni che aiutino a migliorare i servizi ed il lavoro in termini di umanizzazione. Ma per valutare se le azioni sviluppate promuovano o meno l'umanizzazione, è necessario costruire una nuova filosofia organizzativa, una cultura dell'umanizzazione. E per questo ci vuole tempo. La costruzione di questa nuova cultura implica la partecipazione di tutti gli attori del sistema salute e si realizza a poco a poco, durante i processi di discussione, elaborazione, implementazione ed analisi delle azioni, delle campagne e dei programmi. È bene ricordare: umanizzare è un verbo personale e intransitivo, giacché nessuno può essere umano al posto nostro. Ma è moltiplicabile, poiché è contagioso.

Indicatori di umanizzazione nell'accoglienza dell'utenteCondizioni di accesso e tempestività dei servizi:

- Sistema di prenotazione.
- Tempi di attesa
- Accesso per gli accompagnatori e i visitatori
- Metodo di prenotazione, realizzazione e rendicontazione degli esami.

Qualità delle strutture, delle attrezzature e condizioni ambientali dell'ospedale:

- Adeguamento/creazione delle sale di attesa
- Segnalazione delle aree e dei servizi dell'ospedale
- Strutture fisiche e estetica dell'ospedale
- Attrezzature
- Pasti
- Mezzi per segnalare reclami e suggerimenti
- Spazi ricreativi e di convivialità riservati ai pazienti

Chiarezza delle informazioni offerte all'utenza:

- Identificazione dei professionisti
- Informazioni ai familiari circa l'assistenza al paziente
- Informazioni sulla prevenzione delle malattie e educazione sanitaria
- Informazioni su altri servizi sanitari e sociali disponibili nella comunità.

Qualità delle relazioni tra utenti e professionisti:

- Efficienza, gentilezza, interesse e attenzione
- Comprensione delle necessità dell'utente
- Informazioni all'utente circa la diagnosi, il trattamento e il processo di cura
- Privacy.

Indicatori di umanizzazione nel lavoro dei professionistiGestione ospedaliera e partecipazione dei professionisti

- Opportunità di confronto sulla qualità dei servizi prestati
- Opportunità di discussione sulle difficoltà incontrate nell'erogare servizi agli utenti.
- Gestione di servizi di raccolta suggerimenti per migliorare il lavoro
- Opportunità di riconoscimento e risoluzione dei conflitti e delle divergenze
- Applicazione sistematica delle normative sul lavoro

Condizioni di lavoro nella struttura

- Zone di comfort
- Sicurezza
- Attrezzature e materiali
- Igiene

Condizioni di supporto al personale

- Trasporto, parcheggio e condizioni di accesso all'ospedale
- Mensa
- Area relax e socializzazione
- Attività ricreative e/o sociali
- Programmi per la presa in carico delle necessità psicosociali dei lavoratori
- Corsi o addestramento per l'aggiornamento professionale
- Corsi o addestramento per migliorare la relazione con l'utenza

Qualità della comunicazione tra professionisti

- Canali di informazione e risoluzione di problemi e necessità
- Canali di informazione ufficiali dell'amministrazione ospedaliera
- Canali di informazione e comunicazione interna su programmi e attività

Relazioni interpersonali sul lavoro

- Fiducia
- Integrazione nel gruppo
- Cooperazione

Valorizzazione del lavoro e motivazione professionale

- Rispetto
- Riconoscimento
- Motivazione
- Realizzazione
- Soddisfazione

Titolo originale: **“O processo de humanização dos serviços de saúde: a experiência do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH”**

Autore: Ministero della Salute – Brasilia (BRA)

Fonte: www.saude.sc.gov.br – Ultimo accesso: 24 Agosto 2012

Traduzione: Laura Delpiano