



ALLEGATOI alla Dgr n. 1112 del 01 luglio 2014

pag. 1/4

Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 13/CSR del 20/02/ 2014 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2013

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: L'umanizzazione dell'organizzazione, delle conoscenze, dell'accoglienza.

3. Linea progettuale: linea n.8 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali.

4. Referente

Dr.ssa Maria Cristina Ghiotto – Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria, Dirigente del Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie
Tel. 041 – 2793524; Fax 041 – 2793430
mariacristina.ghiotto@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 – 2793491
protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

5. Durata del progetto: pluriennale 2013-2016

6. Aspetti finanziari:

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: €3.676.407,00

Contesto:

Il principio della centralità della persona rispetto ad ogni intervento sanitario, socio-sanitario ed assistenziale deve orientare il SSSR e tutte le attività delle Aziende ULSS ed Ospedaliere verso l'*umanizzazione*, che è quell'impegno socio-assistenziale, di attenzione civile e di regole morali in grado di rendere i luoghi di cura e gli interventi sanitari "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, informazione e *comfort*, con percorsi di cure e di accompagnamento il più possibile condivisi e partecipati dal cittadino.

Gli elementi su cui si fonda l'umanizzazione sono:

- la *salute* come diritto del singolo cittadino e dovere della collettività, in una costante interrelazione tra individuo, sistema di cure e Comunità;
- la *persona* come totalità e sintesi dei vari aspetti fisici, mentali, emotivi e spirituali;
- il *benessere* inteso come condizione soggettiva di consapevolezza da realizzare nell'equilibrio tra le diverse componenti della persona;
- il *rispetto della dignità personale* a fondamento di qualunque rapporto tra operatori e pazienti.

Con queste premesse il valore preminente su cui si sviluppa la programmazione regionale si realizza coniugando le politiche di accoglienza, informazione e condivisione dei percorsi assistenziali con l'assistito, attraverso tre aspetti:

- a) l'umanizzazione delle organizzazioni
- b) l'umanizzazione della conoscenza/competenza
- c) l'umanizzazione dell'accoglienza/ospitalità.

Per realizzare concretamente queste funzioni, tutti i professionisti del SSSR e gli assistiti debbono orientarsi verso una diversa modalità di espressione dei propri modi di essere, coerente con gli obiettivi enunciati dal PSSR 2012-2016 LR n23/2012.

L'enfasi sulla relazione e le sue applicazioni all'interno della organizzazione dei servizi, servono a tracciare una prima grande distinzione tra le medicine che operano valorizzando la relazione e quelle che escludono o neutralizzano questo criterio, perché vincolate all'assunto prioritario della oggettivazione della malattia e della prevalenza della tecnologia.

La necessità di "umanizzare" i servizi emerge, infatti, qualora si assista ad una rottura tra il rapporto fiduciario instaurabile tra Sistema Sanitario e Società civile, per l'insoddisfazione delle professioni medico-sanitarie poco valorizzate nel ruolo e nelle competenze e assunte quali controparti di risparmio o per la percezione di uno scadimento della qualità dei servizi, percepiti dai cittadini come luoghi insidiosi, rischiosi e troppo inclini alla fallibilità.

Negli ultimi anni, inoltre, il problema dei vincoli economici ha ispirato le politiche di compatibilità e di razionalizzazione in Sanità, traducendosi in politiche di riduzione e adattamento più che di efficientamento o di reingegnerizzazione a fronte di bisogni cambiati.

Si sottolinea, inoltre, come l'umanizzazione delle strutture socio-sanitarie sia correlata anche al governo economico del SSSR: ridurre l'abuso dei farmaci, evitare le ospedalizzazioni non necessarie, fare un uso più appropriato degli accertamenti diagnostici, contenere gli interventi chirurgici sono alcuni elementi utili ad orientare le prestazioni, ponendo la persona al centro di ogni intervento assistenziale.

Emergono "nuovi" bisogni che afferiscono alla complessità della persona anziana, spesso non autosufficiente, della persona con disabilità e altre fragilità, dei minori con disagio, della persona con disagio mentale. Sono bisogni non interpretabili come la risultanza di una sommatoria tra disagi sociali e disagi sanitari, quanto piuttosto come bisogni "socio-sanitari" rappresentativi di un concetto unitario di complessità. Ciò impone, innanzitutto, di riconoscere nella persona il riferimento unitario per ogni forma di assistenza, considerando la "salute" non solo come assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, mentale e sociale. In questa visione la salute, oltre ad essere un diritto fondamentale per la persona, viene a rappresentare anche un investimento per lo sviluppo della società.

In sostanza si tratta di passare da un approccio di cura ed assistenza (approccio prestazionale) al "prendersi cura" della persona e dei suoi bisogni in tutta la sua globalità e complessità.

Obiettivi

Umanizzare significa riorganizzare strutture e servizi, formulare nuove forme di conoscenza/competenza e prospettare diverse modalità di accoglienza e di ospitalità del paziente e del suo bisogno. Ma per rispondere adeguatamente ai bisogni è fondamentale, innanzitutto, la definizione di regole che determinano anche funzioni organizzative ed esplicitano i ruoli. Per questo motivo uno strumento fondamentale è rappresentato dalla definizione dei Percorsi Terapeutici Diagnostico-Assistenziali (PDTA).

Più in dettaglio gli elementi qualificanti riguardano:

- l'adozione di approcci per percorsi assistenziali, a partire dalla progettazione-programmazione degli interventi, alla realizzazione della presa in carico, alla valutazione degli esiti in termini di risultati conseguiti;
- il coinvolgimento, e quindi la collaborazione ed il coordinamento, di più professionisti: multidisciplinarietà e multiprofessionalità sono elementi cardine per formulare una azione integrata, offrendo soluzioni capaci di accompagnare e supportare la crescita di salute e benessere delle persone;
- l'accrescimento della responsabilità dei professionisti coinvolti nel percorso di presa in carico ma anche la partecipazione della persona stessa attraverso l'implementazione di interventi personalizzati;
- la valorizzazione della rete, non soltanto istituzionale (Aziende ULSS, Comuni, Scuole, ecc.) ma anche informale (rete parentale, amicale, volontariato), costruendo sinergie tra le varie risorse.

Il primo obiettivo fondamentale che i nostri Sistemi Sanitari Regionali debbono perseguire è allora rappresentato dalla capacità di assicurare una presa in carico organizzata e coordinata, garantendo la continuità dell'assistenza.

Descrizione Del Progetto:

Riorganizzare il SSSR veneto, rendendolo coerente con i bisogni espressi dal contesto e con i modelli di assistenza maturati localmente, nel rispetto del principio della "centralità della persona" richiede rilevanti cambiamenti.

- Significa, innanzitutto, riconoscere la persona all'interno dei suoi contesti di vita, integrando le strutture socio-sanitarie (Distretto ed Ospedale) con la ricchezza delle realtà locali (Comuni, terzo settore, strutture residenziali, ecc.), realizzando quel modello di continuità a forte integrazione socio-sanitaria.
- Significa, poi, passare da una visione fondata sull'erogazione di singole prestazioni ad un approccio per percorso assistenziale, sapendo guidare i bisogni verso risposte organizzate e coordinate. Significa, anche, realizzare modelli di integrazione multiprofessionale, ove confronto e collaborazione diventano condizioni irrinunciabili nella diagnosi, nella cura, nella riabilitazione, nella educazione terapeutica e nella prevenzione.
- Significa ampliare la partecipazione attiva dell'assistito sia come capacità di migliorare la propria salute (adozione di corretti stili di vita, adesione ai programmi di screening, ecc.) sia come acquisizione di consapevolezza durante i percorsi di cura, sia come responsabilizzazione nelle decisioni che riguardano la propria salute.

Sulla scorta di questi elementi si sta realizzando il concetto di "filiera dell'assistenza", volendo rappresentare l'articolazione di strutture che concorrono con gradualità a rispondere ai bisogni di cura, tutelando ciascuna fase del percorso di presa in carico della persona.

In quest'ottica *umanizzare l'assistenza* significa anche garantire una funzione di "orientamento" del cittadino all'interno del SSSR, attraverso un "referente" che guidi l'utente-persona e faccia in modo che i professionisti deputati all'assistenza non operino in modo settoriale.

In questa visione:

- la medicina di famiglia rappresenta il perno del sistema: il medico di famiglia diventa il referente principale per il paziente, colui che deve orientarlo nel percorso assistenziale. Di qui la necessità di organizzare team multiprofessionali (denominati "Medicine di Gruppo Integrate") dove il medico sia affiancato dall'infermiere, dagli specialisti, dal personale di studio, in stretta integrazione anche con i servizi sociali. L'idea è di un modello in cui la medicina di famiglia sia in grado di garantire risposte nell'arco delle 24 ore, per 7 giorni su 7, di prendere in carico i bisogni, di diventare effettivamente un punto di riferimento riconoscibile e certo per ogni persona. Questo richiede, al contempo, una riorganizzazione di tutte le attività del Territorio (raffigurato dal Distretto socio-sanitario) a supporto dell'attività del medico di famiglia, riconoscendo ad ogni professionalità le specifiche competenze e responsabilità nel proprio ambito di pertinenza. Si tratta, quindi, di sviluppare competenze per un lavoro di squadra finalizzato a realizzare programmi di prevenzione, erogare prestazioni per il paziente acuto, gestire il paziente cronico con possibilità di personalizzare le cure. Ed in questo modello assume particolare valore il rapporto di fiducia tra paziente e medico.
- Potenziamento delle cure domiciliari, quale aspirazione e diritto delle persone e dei familiari, che risponde all'obiettivo di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita; nonché rafforzamento della rete delle cure palliative, ambito in cui l'attenzione alla prossimità al decesso assume di per sé un valore etico, in cui la multiprofessionalità diventa una risorsa per la dignità della persona ed in cui il volontariato assume una valenza fondamentale a supporto delle famiglie. Più in generale si richiama la necessità di diffondere modelli di presa in carico del paziente fragile che valorizzino anche la ricchezza delle realtà territoriali costituita per l'appunto dall'associazionismo, dal volontariato e dal terzo settore, elementi qualificanti e partecipativi dei tre contesti regionali.
- Sviluppo di modelli di assistenza intermedia (extraospedaliera) al fine di rendere più efficiente il coordinamento tra Ospedale e Territorio, evitando un ricorso improprio al livello ospedaliero. È importante allora lavorare per qualificare queste strutture (i cosiddetti Ospedali di Comunità) che accolgono quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che prevedono una risoluzione del problema entro un periodo limitato di tempo. L'impegno, infatti, deve essere di evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, in particolare della persona anziana, favorendone il rientro al domicilio.
- Diffusione e messa in comune di modelli impostati sulla telemedicina, sulla telediagnostica e teleconsulto, assicurando livelli di qualità, specie in situazioni di emergenza in particolari aree geografiche e/o condizioni e consentendo il monitoraggio dello stato clinico di alcuni pazienti mantenendoli nel proprio ambiente di vita.

- l'investimento sul Territorio viene accompagnato da un processo di revisione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali. Si fa riferimento all'architettura Hub&Spoke secondo cui il ruolo dei singoli ospedali è definito sulla base di criteri di accessibilità e di copertura geografica, di complessità delle specialità presenti, di livelli di sicurezza per i pazienti e di volumi di attività adeguati a sviluppare e mantenere le competenze professionali.

La riorganizzazione delle strutture e dei servizi deve essere accompagnata da un processo di formazione dei professionisti alla relazione perché ciò:

- aumenta il grado di interazione del sistema e garantisce la continuità dell'assistenza.
- favorisce la comunicazione tra professionisti sanitari e assistiti, determinando l'approccio preferibile per trasmettere le informazioni relative allo stato di salute, coinvolgendo il paziente nelle scelte.

Nei contesti di area critica e con i pazienti affetti da patologie oncologiche, la relazione e la comunicazione divengono il fondamento del rapporto medico-paziente per gli aspetti verbali e non verbali e per quelli emozionali e comportamentali, perché incidono significativamente sulla efficacia della diagnosi e della terapia.

Gli atti terapeutici, in tali evenienze, presuppongono sia la concezione della cura che del prendersi cura e nelle patologie oncologiche dove è necessaria una corretta valutazione del dolore e una appropriata utilizzazione delle terapie a maggiore efficacia antalgica, in pazienti "incurabili", vengono richieste notevoli capacità relazionali e una intensa partecipazione emotiva.

L'ospitalità, così intesa, è il terreno sul quale dare luogo alla corresponsabilità dell'ospite per le scelte che lo riguardano. All'interno di una siffatta cornice organizzativa i percorsi assistenziali, in modo naturale e senza forzature, debbono essere condivisi da tutte le componenti coinvolte nella presa in carico del paziente sia in ambito territoriale che in ambito ospedaliero.

Obiettivi specifici

Per rendere effettiva l'umanizzazione appaiono determinanti le seguenti attività, che saranno implementate progressivamente nel corso delle annualità di vigenza del PSSR:

- promuovere una capillare e trasparente informazione ai cittadini sui servizi che si erogano nelle strutture socio-sanitarie, attraverso gli strumenti di comunicazione dell'Azienda (carta dei servizi, siti *web*, bollettini periodici), favorendo anche la condivisione delle regole di funzionamento del SSSR;
- sviluppare un coordinamento a livello regionale delle informazioni al cittadino, coinvolgendo la rete delle Aziende ULSS ed Ospedaliere, le società scientifiche, le farmacie territoriali, le diverse competenze professionali, al fine di garantire validità delle informazioni ed uniformità contenutistica;
- favorire la comunicazione tra professionisti socio-sanitari e assistiti, adottando linee guida in grado di orientare la modalità, di volta in volta preferibile, con cui trasmettere le informazioni al paziente e coinvolgerlo nelle scelte;
- diffondere la cultura dell'*empowerment*, quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute;
- promuovere progetti di formazione orientati prevalentemente a:
 - fornire a tutti gli operatori una preparazione professionale sui problemi delle relazioni e della comunicazione;
 - preparare adeguatamente gli operatori impegnati nel primo livello di accoglienza;
 - adottare modelli di accoglienza degli assistiti e dei familiari nei luoghi di pronto soccorso;
 - sviluppare un'attività di psicologia clinica ospedaliera all'interno dei presidi ospedalieri ed in stretta sinergia con i servizi territoriali, con funzioni di diagnosi, sostegno, psicoterapia breve, nonché formazione/supervisione degli operatori sanitari e promozione della salute in ambito psicologico anche del personale aziendale ospedaliero;
- favorire un utilizzo appropriato delle terapie a maggiore efficacia antalgica, specie nelle patologie oncologiche;
- porre in atto metodologie con cui valutare periodicamente il grado di soddisfazione dell'utente in merito all'assistenza ed ai servizi di cui ha fruito, nell'ottica di rimediare ad eventuali lacune o omissioni.