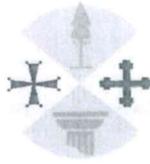


Regione Calabria
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

**LINEE DI INDIRIZZO PER
LA BUONA COMUNICAZIONE E
L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE**



PREMESSA

L'esigenza di umanizzare le cure non deriva solo dall'art. 14 del Decreto legislativo 502/92 e neanche dalla Convenzione di Oviedo o dalla Carta Europea dei Diritti del Malato o ancora dalla Carta di Firenze, ma principalmente dalla naturale attitudine del medico, o comunque dell'operatore sanitario, a ricevere e gestire emozioni e sintomi attraverso la comunicazione e la relazione con il malato.

Da qui l'esigenza di sensibilizzare gli operatori sanitari verso tali tematiche per riscoprire queste speciali attitudini e sviluppare dei progetti che portino alla Umanizzazione delle cure, dei Servizi sanitari e dell'Ospedale in particolare, come fondamentale esplicitazione scientifica del proprio essere professionale. Questo comporta, innanzi tutto, la messa in discussione di atteggiamenti, comportamenti, modi di pensare accettati passivamente sia per scarso interesse personale, sia perché è venuta meno la cultura della comunicazione quale strumento essenziale della medicina, l'unico che consente di assicurare il rapporto umano con il paziente.

La buona comunicazione e l'umanizzazione delle cure non devono essere un obiettivo formale, ma quell'agire attraverso il quale si riconosce la centralità della persona, la personalizzazione dell'assistenza e la qualità del servizio. Umanizzazione implica rispettare la persona in tutte le sue esigenze, non solo sanitarie, ma anche psicologiche, sociali, relazionali, culturali, lavorative, etc.

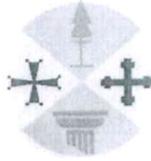
Per assolvere a tutto questo, l'operatore deve ascoltare veramente, saper riconoscere l'errore e attuare la *mindfulness* ossia operare esprimendosi anzitutto come persona.

E' soltanto con i processi di umanizzazione e l'alleanza con il malato che può essere consentito di far fronte non solo ai percorsi di cura e della buona comunicazione, ma anche alle limitazioni e ristrettezze economiche e strutturali.

APPROCCIO METODOLOGICO

La medicina basata sulle evidenze e la medicina basata sulla narrativa rappresentano due diversi approcci metodologici impegnati nel favorire il "benessere" del paziente. I due approcci sono e devono essere sinergici perché l'obiettivo finale della medicina è quello di favorire sicurezza e dignità del paziente oltre che le dovute cure e assistenza. Per unificare ed armonizzare i due diversi approcci si utilizza il sintagma "medicina propositiva".

Non vi è contrasto con la medicina basata sulle evidenze, posto che questa è fondata sull'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze, aggiornate dalla letteratura, per prendere decisioni riguardo alla cura dei singoli pazienti, riconoscendo poi la necessità di integrare le "evidenze" con la competenza clinica dell'operatore. La consapevolezza di poter utilizzare tecnologie di diagnosi e analisi



sempre più sofisticate, non inficia la capacità da parte dei medici di ascoltare i pazienti, leggendo nelle loro parole quegli elementi indispensabili per il trattamento e la cura della malattia.

Il cambiamento di prospettiva, che si auspica, è proprio quello di riconoscere che il paziente deve essere compreso nella sua interezza, nella persona e nella personalità, fatta anche di bisogni organici, psicologici e relazionali. Altrimenti il paziente è percepito in misura limitata o anche molto limitata e rimane difficilmente accessibile o curabile solo parzialmente. Ciò può talvolta determinare condizioni di avversità, se non di vero e proprio danno.

L'umanizzazione non può essere legata ad un modello o ai singoli, ma deve costituire una diffusa modalità clinico-organizzativa di conduzione dell'assistenza del paziente.

Quando si parla di umanizzazione delle cure, si deve fare riferimento non solo ad un approccio per categorie ma anche e di più per dimensioni e sotto questo aspetto non possono essere che pervasivi tutti i processi comunicativi ma soprattutto quelli relativi alla buona comunicazione che qualificano il rapporto profondo con il paziente. Perciò nei processi di umanizzazione delle cure è insito anche quello della buona comunicazione.

La misura di alcune fragilità, ovvero della qualità della vita, è più facilmente attuabile attraverso un approccio umano, non importa se basato sulle medical humanities o sulla medicina narrativa o su qualunque altra categoria relazionale. Ciò che importa è entrare nella dimensione del paziente.

Sostenere qualunque processo di umanizzazione in un contesto clinico vissuto, talvolta, come ostile dagli stessi operatori sanitari, anche per molteplici limitazioni correlate ai piani economici o ai fragili e mutevoli cambiamenti culturali e sociali, può apparire complesso. In realtà l'analisi delle criticità ha svelato quanto sia fallimentare la medicina difensiva e quanto sia poco costruttivo un approccio unilaterale al paziente. Ciò in quanto l'errore spesso scaturisce da un grave deficit comunicativo e può implicare coinvolgimenti medico-legali che in taluni contesti ha assunto forma propria (la cosiddetta agnopia). Occorre tenere conto che l'errore viene perdonato e compreso se non è generato da atteggiamenti disumani.

La medicina propositiva è l'applicazione di un modello semplice che mira a contemperare le varie esigenze a favore del paziente; attraverso essa si crea una vera alleanza con il malato, ma anche una più forte sinergia tra operatori sanitari.

Per sviluppare una cultura ed un terreno favorevole per l'umanizzazione ed una buona comunicazione occorre:

- individuare le fragilità dei malati e i loro bisogni;
- valutare la qualità della vita di ciascun paziente;
- personalizzare, per quanto possibile, il processo di cura e di assistenza;
- sensibilizzare e formare gli operatori sanitari e sociali sulla complessità della relazione di aiuto e di cura e soprattutto sulla comunicazione con il paziente;





- contestualizzare il processo di cura grazie alla conoscenza dell'ambiente e della storia personale dei soggetti, delle loro culture specifiche, comunicando con stili adeguati e modalità eticamente rispettose;
- accrescere le competenze necessarie alla comunicazione fra gli attori della scena della cura e dell'aiuto, fra le istituzioni sociali e sanitarie e i cittadini;
- restituire al soggetto che soffre e cerca aiuto la sua soggettività e la sua parola, aiutandolo, in modo eticamente adeguato, a riguadagnare una centralità.
- fornire all'operatore sanitario ogni strumento per favorire i processi di cura con il paziente.

Nella costruzione di un Piano di buona comunicazione ed Umanizzazione delle cure le Aziende Sanitarie devono tenere presente i vari punti di forza e i punti di debolezza.

Punti di forza:

- ✓ maggiore efficacia terapeutica e migliore alleanza tra medico e paziente
- ✓ facilitazione nella individuazione di errori nelle procedure
- ✓ miglioramento dei percorsi diagnostici-terapeutici integrati
- ✓ maggiore facilità a misurare la qualità
- ✓ presumibile riduzione del contenzioso

Punti di debolezza:

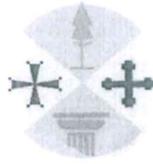
- ✓ contesto culturale, sociale e politico non favorevole
- ✓ difficoltà di diffusione del tipo di approccio
- ✓ difficoltà ad assimilare nuove forme cognitive, trascurate talvolta anche nella formazione universitaria
- ✓ tempi di elaborazione troppo lunghi
- ✓ attitudine soggettiva dei singoli operatori
- ✓ scarso impegno multidisciplinare

MODELLO GESTIONALE

L'umanizzazione delle cure è attività implicita dell'operatore sanitario e quindi deve esserne diffusa l'applicazione e la stratificazione a tutti i livelli assistenziali. La buona comunicazione costituisce uno strumento diretto e decisivo per ridurre la distanza con il malato, dare fiducia alla cittadinanza, migliorare la qualità delle relazioni a tutti i livelli, risolvere ogni possibile fonte di dissidio specie se generata da equivoci, fraintendimenti o pregiudizi.

Analogamente a quanto previsto nella Gestione del Rischio Clinico, la corretta gestione dell'umanizzazione, così come la sicurezza, può essere operata con la



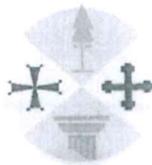


presenza di Referenti nelle varie Aree operative ed assistenziali. All'interno delle Unità Operative ed organizzative, i Referenti svolgono il ruolo di facilitatori per favorire la sensibilizzazione all'umanizzazione, la buona comunicazione interprofessionale così come il rapporto medico-paziente nonché la sicurezza clinica. Ogni percorso o procedura o direttiva sanitaria deve possedere i requisiti e gli indicatori di sicurezza clinica e di umanizzazione che il Rischio Clinico deve verificare e, per quanto possibile, far applicare.

Perciò i Referenti del Rischio Clinico lo sono anche per la buona comunicazione e l'umanizzazione delle cure. D'altronde la programmazione regionale ha previsto da tempo tale connubio con vari piani formativi oltre che specifica progettazione volta a "sviluppare ogni utile iniziativa per favorire processi di umanizzazione delle cure" (DCA n. 70 del 29.06.2015 - gestione rischio clinico. Approvazione Regolamento regionale di Gestione del Rischio Clinico. Programma Operativo 2013-2015. P. 18 - Sicurezza e Rischio Clinico). Peraltro l'area di influenza del rischio clinico scaturisce dalla relazione tra sicurezza e umanizzazione che non a caso "è la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino" (Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati Roma, 27 giugno 2006). Sulla scorta di questi principi promotori la Regione Calabria ha delegato al Rischio Clinico il compito di "accrescere sistemi appropriati di comunicazione interna ed esterna e ogni processo di umanizzazione" compresa la redazione di specifici "piani di umanizzazione" (DCA n. 14 del 02 aprile 2015 - Approvazione "Programma Operativo 2013-2015"). Perciò ogni Risk Manager Aziendale deve coordinare tutte le iniziative relative all'umanizzazione delle cure rapportandosi, oltre che con i referenti delle UUOO e Servizi, anche con quelle strutture che devono promuovere azioni principali e di supporto (Direzione Strategica, Direzione Sanitaria, Ufficio Patrimonio, URP, Ufficio Formazione, Uffici di Programmazione Sanitaria, Educazione Sanitaria, Stakeholders istituzionali e privati, etc.).

Il coordinamento riguarda ogni attività relativa all'umanizzazione, attraverso "Livelli Essenziali di Umanizzazione" (LEU) nei percorsi clinico-diagnostici, nelle procedure operative, nei progetti scientifici e culturali, nella minimizzazione e/o risoluzione delle barriere strutturali o funzionali, nonché nell'implementazione di tutti i processi relazionali, compresi la comunicazione e ogni possibile forma di personalizzazione. Oltre a redigere un Piano Aziendale di Comunicazione e Umanizzazione, il Risk Manager deve inoltrare una relazione annuale sulle attività svolte, sulle limitazioni e criticità, sui risultati e progressi ottenuti, nonché fornire ai Dipartimenti aziendali progetti e piani organizzativi necessari per la realizzazione degli obiettivi assegnati.





Ogni Azienda deve redigere la Carta dei Servizi, dettagliata ed aggiornata; ogni UUOO, oltre alla Scheda Informativa di Reparto, deve individuare ogni difficoltà inerente l'applicazione dei processi di umanizzazione e porre i necessari correttivi; nelle procedure operative, laddove previsto, devono essere inseriti criteri di umanizzazione e di corretta informazione utilizzando il modello del National Quality Measures Clearinghouse o similari e gli specifici Indicatori (Patient Safety Indicators) come previsti dalla AHRQ (Agency for Healthcare Research & Quality) o altre società scientifiche accreditate.

CONTESTO CLINICO-ORGANIZZATIVO

Ogni Azienda deve avviare specifici programmi le cui priorità e tempi di realizzazione sono rapportati al contesto clinico e culturale di appartenenza.

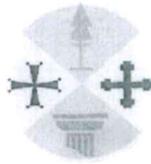
L'obiettivo principale e prioritario è quello di garantire il benessere del paziente in ordine alla qualità, sicurezza e dignità dell'assistenza e delle cure.

Gli obiettivi secondari riguardano sia la riduzione della migrazione sanitaria sia la riduzione del contenzioso interno e medico-legale. Occorre prendere atto che nelle segnalazioni delle criticità e degli errori, l'analisi dei fattori causali (RCA), elaborata dalla Joint Commission, ha individuato come preminenti e sfavorevoli i difetti di comunicazione e di informazione e tutti gli altri fattori che alterano la qualità di umanizzazione delle cure (competenze/credenziali/privilegi, continuità delle cure, fattori umani, leadership, cultura dell'organizzazione, patient education, diritti dei pazienti, care planning procedure partecipate, behavioral health facility, etc.).

Perciò l'organizzazione sanitaria deve intraprendere attività che consentano l'individuazione dei fattori che contribuiscono ad alterare i livelli di umanizzazione e comunicazione quali:

- scarse o insufficienti informazioni e/o indicazioni logistiche, di servizio o clinico-assistenziali;
- difettosa capacità di accoglienza;
- inadeguato confort alberghiero, inadeguata vivibilità degli spazi, difficoltà di accesso o di collegamento;
- scarsi o erronei rapporti relazionali;
- spersonalizzazione dei rapporti umani;
- tendenza all'indifferenza e all'isolamento;
- incapacità di gestire le condizioni emotive (disagi, separazione dagli affetti, malattia grave, lutto);
- inadatti processi di comunicazione;
- manifesti comportamenti di ostilità diretta o indiretta;
- strumentalizzazioni.





Tali presupposti impongono alle organizzazioni sanitarie di porre particolare attenzione e priorità ad almeno quattro fondamentali aree di intervento:

1. umanizzazione dell'assistenza;
2. diritto all'informazione;
3. personalizzazione;
4. buona comunicazione.

1. umanizzazione dell'assistenza

L'umanizzazione si concretizza con la presa in carico del paziente, tendendo a fornirgli la migliore assistenza possibile e le cure più appropriate e cercando di indirizzarlo nel luogo più idoneo e con il professionista più adatto alla risoluzione del caso, orientandolo a scelte e decisioni condivise.

Al paziente deve essere reso disponibile ogni adeguato strumento clinico-diagnostico e ogni forma di modalità di aiuto, considerato che il processo di cura comporta un approccio dedicato, personalizzato.

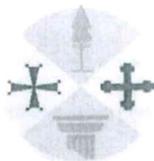
Inoltre, si deve tenere conto delle implicazioni dell'ospedalizzazione che può di per sé arrecare al paziente disagio, timore, isolamento, diffidenza e ostilità. La degenza deve essere efficace, breve e confortevole, al fine di evitare ogni forma di istituzionalizzazione, anche indiretta. Il processo di cura inizia e si concretizza, in ogni fase, con un rapporto umano tra operatore e malato che non può alterarsi né compromettere alcuna fase clinica. Il malato deve essere considerato in tutto il suo essere, e l'operatore sanitario non deve essere vissuto, laddove si registrano limitazioni tecnico-strutturali o difetti nell'organizzazione, come il portatore di avversità, bensì come "custode" di quegli strumenti, empirici o tecnologicamente sofisticati, attraverso i quali si intraprende un percorso e si definisce un'alleanza, il cui successo ha come presupposto l'applicazione clinica-assistenziale e l'applicabilità tecno-scientifica.

In qualche modo l'umanizzazione scaturisce da quel rapporto di reciprocità che deve garantire il rispetto di diritti e doveri dei protagonisti attivi del processo di cura (operatori e pazienti, ma anche amministrativi e dirigenti dei vari livelli organizzativi e l'intera comunità).

L'impegno delle organizzazioni sanitarie deve essere quello di misurarsi con le opportunità scientifiche, fornendo al malato ogni possibile mezzo per poter guarire. Per questo è prioritario fare riferimento alla medicina basata sulle evidenze e, conseguentemente, alle direttive sanitarie (linee guida, protocolli, misure, etc.) che non solo devono semplificare i percorsi, ma devono possedere i caratteri di efficacia, efficienza e omogeneità in modo da assicurare equità e uniformità in tutti gli ambiti assistenziali.

Prioritaria tra tutti gli impegni di umanizzazione deve essere la lotta al dolore e a tutti i disagi che lo accompagnano. Sollevare dal dolore significa garanzia del rispetto





della dignità, identità e autonomia della persona ed è dunque la misura dell'impegno del medico e della organizzazione sanitaria.

La lotta al dolore deve costituire un obiettivo prioritario di ogni Azienda, intorno al quale costruire un sistema organizzativo tale da gestire in modo compiuto i bisogni del paziente. Dunque occorre privilegiare i percorsi inerenti la terapia del dolore e le cure palliative, attuando tutte le procedure collegate ai dispositivi normativi, ma considerando pure approcci alternativi alla terapia del dolore, terapie non farmacologiche nel dolore pediatrico e sperimentazione e validazione di approcci analgesici nei pazienti non rispondenti alle terapie convenzionali.

Analogamente occorre effettuare campagna di sensibilizzazione per il sollievo del disagio ed in tal senso predisporre equipe specialistiche o multispecialistiche per il supporto alla persona malata e ai suoi parenti.

2. diritto all'informazione

Il percorso di cura inizia con la comunicazione tra i protagonisti del processo clinico e con questo atto si stipula un contratto fiduciario, ma soprattutto si istaura una relazione umana dalla quale scaturiscono delle azioni.

Una buona comunicazione clinica si realizza, oltre che con le attività verbali e non verbali, con l'accoglienza, l'ascolto, la disponibilità, la partecipazione attiva e modi appropriati (cortesia, attenzione, rispetto, empatia, etc.).

Informare significa anche affidabilità nel senso che il paziente e i suoi familiari devono percepire la compattezza e solidarietà della equipe che avrà la presa in carico del paziente e la gestione di ogni suo disagio clinico (ma anche personale), attraverso la creazione di un rapporto aperto, leale e comunque costruttivo e cooperativo con un confronto continuo.

L'operatore sanitario deve acquisire quegli strumenti che gli consentono di comunicare con le dovute modalità, al fine di acquisire le informazioni cliniche necessarie, ma anche di cogliere le caratteristiche di personalità del paziente ed adeguarsi di conseguenza in una prospettiva di sostegno e conforto, oltre che di cura.

Questi atti si devono concretizzare in sistemi di supporto organizzati anche nei confronti dei parenti (o dei dolenti), in modo da stabilire processi di comunicazione e di umanizzazione che possano favorire il percorso di cura e comunque impedire, o quantomeno limitare, possibili interferenze ai processi di cura.

Occorre sapere comunicare la malattia, la sua gravità o la sua ineluttabilità, ma anche sapere accompagnare alla morte e alla gestione del lutto.

Non v'è dubbio che informare significa rendere partecipi e non esiste alcun rapporto senza scambio di informazioni.

L'informazione corretta e dedicata alla dimensione del singolo paziente costituisce la premessa necessaria alla partecipazione attiva del paziente al suo processo curativo.

L'informazione deve essere, nel rispetto delle condizioni psico-fisiche del malato, il





più possibile, diretta, personale, completa, per favorire la consapevole partecipazione alle scelte relative alla sua salute. Il malato deve essere messo in condizione di poter scegliere e deve essere indirizzato al migliore trattamento. D'altro canto, gli operatori devono prospettare al paziente tutto il potenziale disponibile, ma anche i limiti esistenti, proponendo le migliori opzioni. I malati devono poter capire a cosa servono le terapie e devono essere consapevoli degli eventuali rischi associati; devono essere informati sui tempi degli accertamenti diagnostici, sulla presunta durata della degenza e sui motivi di una sua eventuale protrazione. Al momento della dimissione, al paziente, o ai suoi congiunti, dovrà essere fornita una sintetica informazione circa i contenuti più importanti della cartella clinica, sia diagnostici sia terapeutici, con eventuali consigli sulle cure da effettuare presso il domicilio e circa la periodicità dei successivi controlli ambulatoriali. L'intera attività d'informazione al paziente e ai suoi familiari dovrebbe essere svolta da un unico operatore nell'ambito dell'equipe curante, che svolgerà il ruolo di referente fisso, il che contribuisce a creare un rapporto più personalizzato tra degente e operatore.

L'impegno delle Strutture Sanitarie è quello di abbattere ulteriormente le barriere dell'informazione, rivoluzionando gli approcci convenzionali. Infatti, occorre iniziare ad attuare le attività della full disclosure, rivelando e divulgando gli errori medici anche attraverso la specifica collaborazione del risk manager (Loren DJ e Coll, 2010) e comunque attuando una comunicazione istituzionale correttiva così come indicato dal Ministero della Salute (Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, Roma, Giugno 2011). Ancora più rilevante e innovativa è l'informazione coinvolgente per consentire scelte autonome al paziente in ordine a varie sfere del suo essere persona, come l'approccio "recovery oriented".

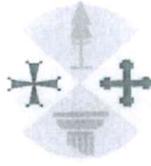
3. personalizzazione

La personalizzazione è rappresentata da ogni atto che tende a rendere esclusivo il rapporto del paziente con l'operatore e con la struttura sanitaria, consentendo di dedicare dimensioni spazio-temporali appropriate in termini di specificità, qualità, cura, sicurezza e attenzione. Ciò implica la disponibilità di strumenti, di capacità formativa e di aggiornamento, di benessere lavorativo, ma anche di necessario supporto, logistico ed organizzativo, per ridurre o eliminare i disagi del lavoratore.

Nell'accezione di prestazione alberghiera va compresa anzitutto l'accoglienza, l'orientamento, la corretta collocazione e prima ancora l'efficienza e tempestività del sistema di prenotazione. Per questo motivo devono essere previste specifiche iniziative per ognuna di tali attività e soprattutto semplificare i tempi di attesa e le procedure burocratiche.

Anche la presa in carico e l'assistenza devono essere personalizzate attraverso atti dedicati, in modo da consentire una efficace e valida presa in carico, quanto più possibile individualizzata. Ciò elimina o quantomeno limita nel paziente paure,





disagi, solitudine e, attraverso processi di condivisione e supporto, assicura l'autonomia del paziente ed ancora di più la sua dignità.

Devono essere favoriti i rapporti dei parenti tanto nell'accessibilità quanto nella gestione partecipata e condivisa del paziente, sempre se ciò corrisponde alla sua volontà.

Per quanto riguarda il comfort alberghiero, non può essere trascurato il decoro dell'ambiente, in termini di cura, pulizia e manutenzione, così come l'accessibilità al luogo (mezzi pubblici, parcheggi, etc.), la funzionalità dei servizi igienici, la qualità e l'orario dei pasti, la segnaletica e i servizi di cortesia essenziali.

Altrettanto importante è la puntualità della erogazione delle prestazioni, la riduzione dei tempi di attesa, la presa in carico burocratica ed amministrativa, etc.

Sotto questo punto di vista, deve essere implementato il sistema informatico in modo da velocizzare i tempi, ma anche un sistema di interazione diretta con il cittadino onde ottimizzare le risorse della struttura sanitaria.

4. buona comunicazione

La comunicazione costituisce lo strumento essenziale sia quale qualificazione del rapporto medico-paziente sia quale componente strategica, volta alla definizione della qualità, appropriatezza, efficienza, efficacia, equità, trasparenza, accoglienza e solidarietà. Per questo motivo per l'attuazione della buona comunicazione occorrono molteplici azioni multidisciplinari integrate che si concretizzano con progetti informativi e di educazione sanitaria.

Perciò è necessario che ogni Azienda elabori un Piano della Comunicazione con l'obiettivo di sviluppare una cultura centrata sul paziente, di apprendere o riconoscere le competenze relazionali ed operative da parte dei professionisti, comprese le non technical skill, di perseguire il lavoro e le collaborazioni di gruppo, di implementare lo sviluppo del sistema di qualità, attuato con la partecipazione attiva del cittadino in ogni sua fase.

In questo contesto il Piano della Comunicazione diventa uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni che l'Azienda mette in campo per favorire il raggiungimento dei propri obiettivi:

comunicazione al cittadino, relativa alle procedure di orientamento e informazione sui servizi sanitari offerti, le modalità stabilite per la loro erogazione, i tempi in cui è possibile usufruire delle prestazioni, i luoghi, i costi, le alternative sul territorio calabrese;

comunicazione interna, veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo sia funzionale, rivolto ad una utenza interna, favorendo l'interscambio di esperienze e conseguente senso di appartenenza aziendale;

comunicazione esterna, rivolta all'utenza, alle altre amministrazioni o enti, imprese o associazioni, per promuovere una reale autonomia di scelta, individuare i





bisogni degli utenti e stimolare la partecipazione attiva e responsabile dei cittadini, migliorare le relazioni tra le Aziende ed i portatori di interesse;

comunicazione interprofessionale, strumento di facilitazione dei processi di comunicazione tra operatori sanitari, per prevenire conflittualità interna, innalzare il livello di competenze, ridurre incomprensioni e contenziosi, oltre che migliorare il benessere organizzativo;

comunicazione clinica, per favorire una alleanza terapeutica e migliorare il rapporto tra operatore e paziente;

comunicazione urgente, volta alla gestione delle crisis management che prevede l'attivazione di specifiche procedure nei casi di criticità di sistema od organizzative ad alto impatto mediatico.

Per la realizzazione di questi obiettivi è necessario istituire dei FOCUS GROUP, identificando gli stakeholders il cui intervento è indispensabile per elaborare un Piano della buona comunicazione e contestualmente raccogliere in modo integrato i relativi fabbisogni comunicativi.

La comunicazione istituzionale o esterna e al cittadino deve essere mediata tra utenza e Direzione Generale dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, Dipartimento di Prevenzione o altri Servizi specificatamente preposti.

La comunicazione interna deve essere mediata tra utenza e Direzione Generale dalle Direzioni Sanitarie, dalle Direzioni di Dipartimento e dalle Direzioni di UO, anche attraverso l'attivazione di specifici strumenti di gestione (journal club, materiale divulgativo, convegni, incontri formativi, etc.).

La comunicazione clinica ed interprofessionale devono essere mediate tra utenza, UUOO e Direzione Generale dalle strutture di Governo Clinico e Rischio Clinico.

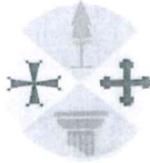
La comunicazione urgente deve essere integrata da varie figure professionali afferenti ad una eventuale unità di crisi e l'Ufficio Stampa.

Ad ogni modo ogni forma di comunicazione deve essere coordinata dalla Direzione Strategica ed integrata da Stakeholders riconosciuti. In ogni azienda deve essere istituito un Comitato Consultivo Misto Partecipativo, che concorre a formare un sistema di comunicazione aziendale che garantisca omogeneità, coerenza, diffusione e correttezza dell'informazione, verso l'interno e verso l'esterno.

AZIONI STRATEGICHE

In base al contesto organizzativo e alle esigenze territoriali, ogni Azienda dovrà promuovere azioni per istituire percorsi, procedure e/o progetti prioritariamente finalizzati a:





- diffondere e implementare la cultura e la pratica della terapia del dolore e delle cure palliative, o comunque del sollievo dalla sofferenza, oltre che con una organizzazione aziendale fortemente supportata dalla *governance* e da tutti i servizi, anche attraverso promozione culturale e scientifica a favore sia dell'operatore sia del cittadino;
- elaborare percorsi di assistenza psicologica nella comunicazione della diagnosi e prognosi delle patologie gravi, nonché percorsi di accompagnamento ai dolenti nella gestione del lutto;
- implementare il sistema delle reti assistenziali, potenziando l'Assistenza Domiciliare;
- attuare campagne di sensibilizzazione alla comunicazione, alla gestione delle emozioni, al rapporto medico-paziente;
- istituire centri d'informazione/prenotazione onde facilitare e velocizzare i tempi di attesa prevedendo, tra l'altro, prenotazione delle prestazioni ambulatoriali via CUP con assegnazione di orari personalizzati (o almeno fascia oraria) e comunicazione tempestiva dei contrattempi o disservizi;
- promuovere campagne politiche per facilitare gli accessi alla sanità rendendola equa, efficiente, efficace e valida sotto tutti i profili;
- istituire procedure per la presa in carico dei pazienti fragili, complessi, vulnerabili, ma anche per i pazienti difficili o violenti in modo da consentire all'operatore l'intervento più appropriato;
- favorire attività di supporto logistico, organizzativo e psicosociale all'operatore, soprattutto facilitando il benessere lavorativo e monitorando possibili eventi avversi;
- stabilire indicatori di professionalità ed etica della professione;
- attuare campagne di sensibilizzazione per la donazione degli organi;
- istituire comitati per la raccolta e valutazione delle buone pratiche per la promozione della salute e la sicurezza del paziente e dell'operatore;
- costituire un Capitolo di gestione per le direttive sanitarie in modo da qualificare linee guida, procedure cliniche, percorsi;
- formare un Comitato consultivo misto partecipativo in modo da creare collaborazioni con i cittadini ed elevare l'empowerment aziendale, prevedendo anche forme di interazione attiva (journal Club, pagine web dedicate, riviste, etc.) per migliorare la qualità dei servizi, ridurre la distanza tra struttura sanitaria e utente e valorizzare l'apporto del volontariato;
- attivare procedure per il conferimento di *atti di riconoscenza* al personale dipendente, distintosi in attività meritorie;





- prevedere servizi di medicina del viaggiatore con ambulatori assistenziali dedicati, in particolare di ostetricia e ginecologia, attivando servizi di mediazione linguistica e culturale;
- sperimentare e stimolare percorsi innovativi (clown terapia, *recovery oriented*, etc.) specialmente in settori in cui si registra maggiormente il disagio esistenziale (oncologia, ematologia, psichiatria, SerT);
- implementare i servizi di qualità aziendale e in particolare della *customer satisfaction* prevedendo anche l'analisi collegiale dei reclami. Ciò anche per valutare e correggere l'agire professionale e relazionale percepito dall'utenza, soprattutto quando si verificano conflittualità interne al reparto di cura o altre condotte percepite negativamente dai pazienti;
- la Governance deve valorizzare le professionalità, implementare le competenze, tutelare il lavoro e dare avvio a procedure di mediazione di conflitti, dalla rivelazione guidata e ragionata degli eventi avversi al contenzioso medico-legale. La programmazione deve prevedere piani specifici di formazione e di intervento in modo da consentire una più efficace modalità di comunicazione e nuovi modelli relazionali con i pazienti, i familiari e tra gli operatori, rafforzando il senso d'appartenenza e migliorando il clima interno;
- redigere o implementare una procedura aziendale sull'accoglienza in reparto, prevedendo l'elaborazione di una carta di servizio da consegnare ai pazienti al momento del ricovero. In tal senso occorre attivare corsi di formazione per migliorare le capacità comunicative e relazionali degli operatori sanitari e per responsabilizzarli sull'importanza della fase di accoglienza nel processo di cura in ospedale;
- predisporre Piani di Informazione e Comunicazione relativi a : esposizione dei diritti e doveri dei pazienti; procedure di consenso nelle varie forme e tipologie; procedure di comunicazione attiva e dedicata; elaborazione ed affissione nelle unità operative di cartelli indicanti i nominativi e le qualifiche dei medici, il nominativo e la qualifica del coordinatore tecnico-infermieristico e l'orario di ricevimento del personale; segnaletica chiara e precisa, sportelli di aiuto, eventuali call center;
- incoraggiare la campagna di sensibilizzazione del personale sanitario all'osservazione del divieto di fumo e alla vigilanza del suo rispetto anche da parte degli utenti;
- favorire la ricerca di innovazioni e l'implementazione delle migliori pratiche assistenziali disponibili e stimolare il miglioramento dell'organizzazione delle cure e dell'utilizzo delle risorse.





INDICATORI E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ

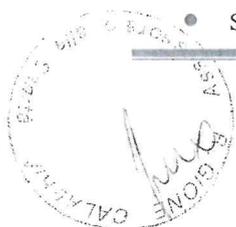
Ogni Azienda, attraverso i propri Risk Manager, elabora un Piano Aziendale di buona comunicazione e umanizzazione delle cure e trasmette al Dipartimento “Tutela della Salute e Politiche Sanitarie” della Regione i risultati ottenuti, evidenziando l’individuazione di indicatori specifici nei diversi settori sanitari e sociali per consentire, in feedback, l’implementazione e l’omogeneizzazione dei livelli essenziali di umanizzazione.

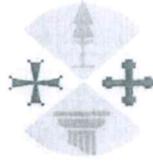
Il Piano Aziendale deve includere, tra l’altro:

- una descrizione del contesto assistenziale, delle criticità e dei problemi che suggeriscono l’azione di miglioramento, e dei relativi correttivi e progetti;
- l’individuazione degli obiettivi strategici essenziali da realizzare secondo un cronoprogramma stabilito e, quando possibile;
- le attività e le azioni di miglioramento, d’implementazione di nuove pratiche, di innovazione e cambiamento che si intendono svolgere;
- i metodi di misurazione dei risultati conseguiti ed i relativi indicatori, con particolare attenzione alla soddisfazione degli utenti.
- l’identificazione di indicatori di processo e di esito per il monitoraggio della qualità dei servizi alla persona, con particolare riguardo agli aspetti di personalizzazione e umanizzazione, all’assistenza di tipo alberghiero, all’assistenza di tipo riabilitativo, all’assistenza sociale e alla relazione con i familiari.

A tal proposito devono essere considerati e analizzati i seguenti indicatori:

- un set di indicatori inerente la vivibilità e umanizzazione degli spazi;
- indicatori di aggregazione ed integrazione tra operatori sanitari, tra cittadini ed operatori sanitari, tra strutture sanitarie;
- indicatori di adesione da parte degli operatori sanitari ai corsi di formazione, aggiornamento e ai vari eventi scientifici e progettuali;
- interventi di socialità e solidarietà tra ammalati;
- integrazione dei sistemi informativi relativi alla trasmissione di informazioni di carattere sia sanitario sia gestionale;
- disponibilità delle informazioni da rendere ai cittadini via web o con altri metodi di comunicazione;
- procedure di comunicazione con i pazienti per il coinvolgimento attivo nel processo di cura;
- riduzione degli indici di ostilità e avversità;
- riduzione del disagio lavorativo e delle malattie stress correlate;
- set di misuratori della qualità della vita almeno nelle fasce deboli;





- riduzione dei reclami (obiettivo a breve termine);
- riduzione della migrazione sanitaria (obiettivo a medio/lungo termine);
- riduzione del contenzioso medico-legale (obiettivo a medio/lungo termine)

