

Sono malato anch'io

La mia salute è un bene di tutti

**I materiali di comunicazione
della campagna**

La comunicazione - Gli obiettivi della campagna

1. Favorire la diffusione della partecipazione civica: i cittadini stessi protagonisti delle azioni di tutela in ambito sanitario, divulgando le attività a supporto messe in campo dal TDM di Cittadinanzattiva.
2. celebrare i 35 anni di attività a favore dei cittadini del TDM
3. Diffondere la conoscenza della Carta Europea dei diritti del malato
4. Tutelare l'idea di un Servizio Sanitario Nazionale pubblico, universale, equo, accessibile e di qualità
5. raccogliere commenti e suggerimenti dai cittadini



Le parole chiave della campagna

SONO MALATO ANCH'IO

per ispirare: empatia, comunanza, solidarietà, non sei solo tu
che stai male...

LA MIA SALUTE E' UN BENE DI TUTTI

per ispirare: partecipazione, coinvolgimento, produttività, diritto
ad essere protagonisti, cambiamento.

Cittadini protagonisti e testimonial

In ogni piazza:

- **Mostra con pannelli/totem fotografici (14 moduli) fruibili fronte/retro**, con i volti della campagna e sul retro sui 14 diritti sanciti nella Carta Europea dei diritti del malato
- Gazebo personalizzato, con area fotografica e “area tutela”
- “Pillole di salute”: materiali informativi sui propri diritti elaborati dal TDM

I TOTEM FOTOGRAFICI

sono
malato
anch'io

Fronte



Carta europea
dei diritti del malato

14 **Diritto al risarcimento**

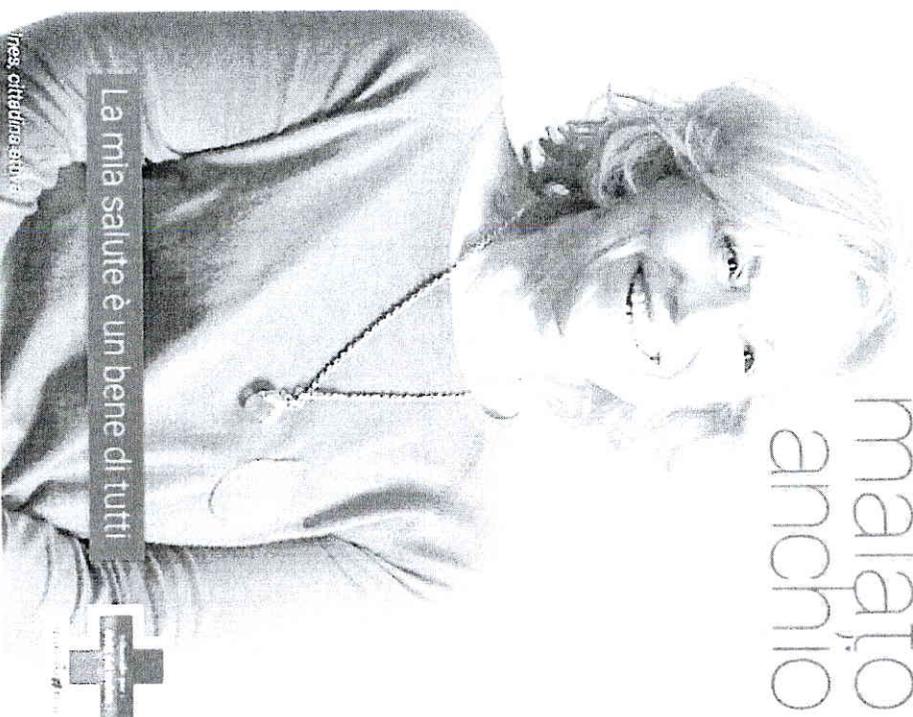
Qualche esempio del nostro impegno

Retro



Servizio sanitario nazionale

Il Tribunale per i diritti del malato lo difende da 35 anni!
Difendiamo insieme!

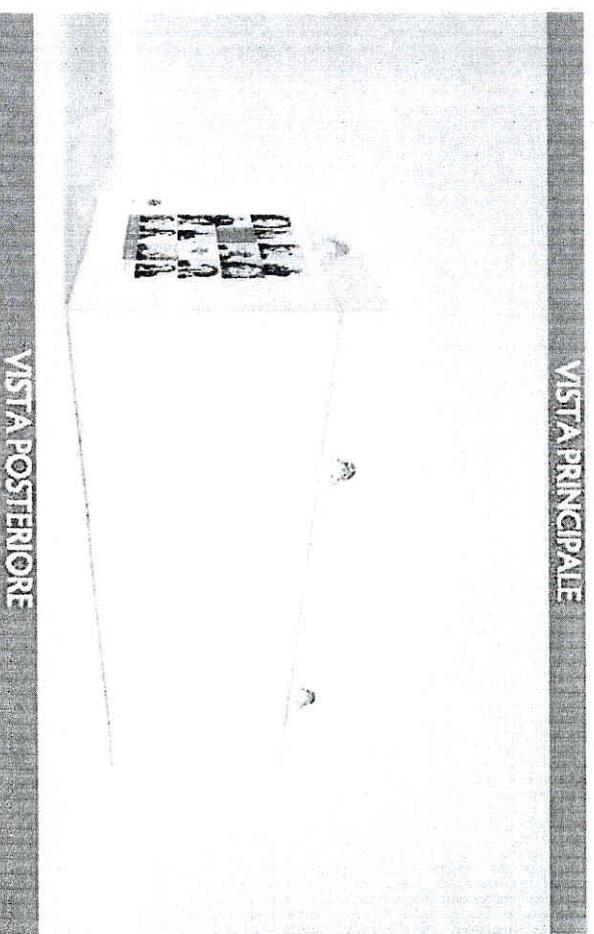
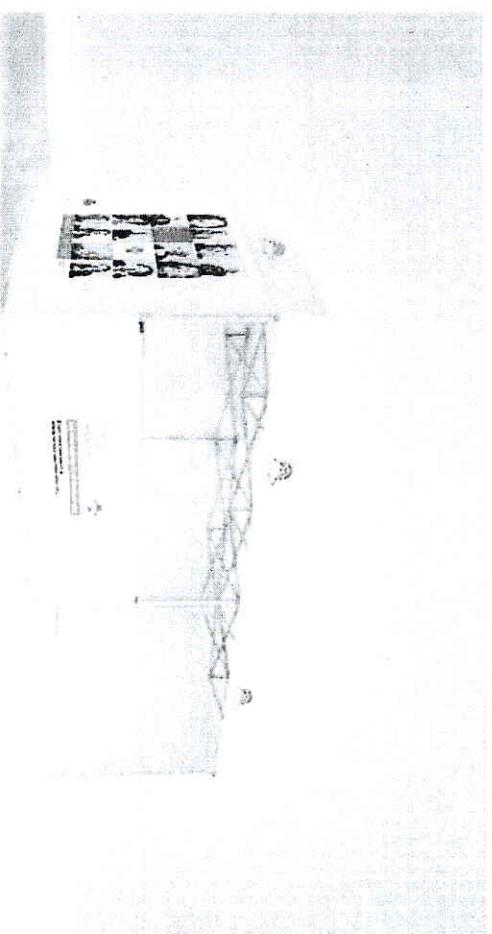


I cittadini testimonial

I cittadini potranno diventare i **testimonial della Campagna.**

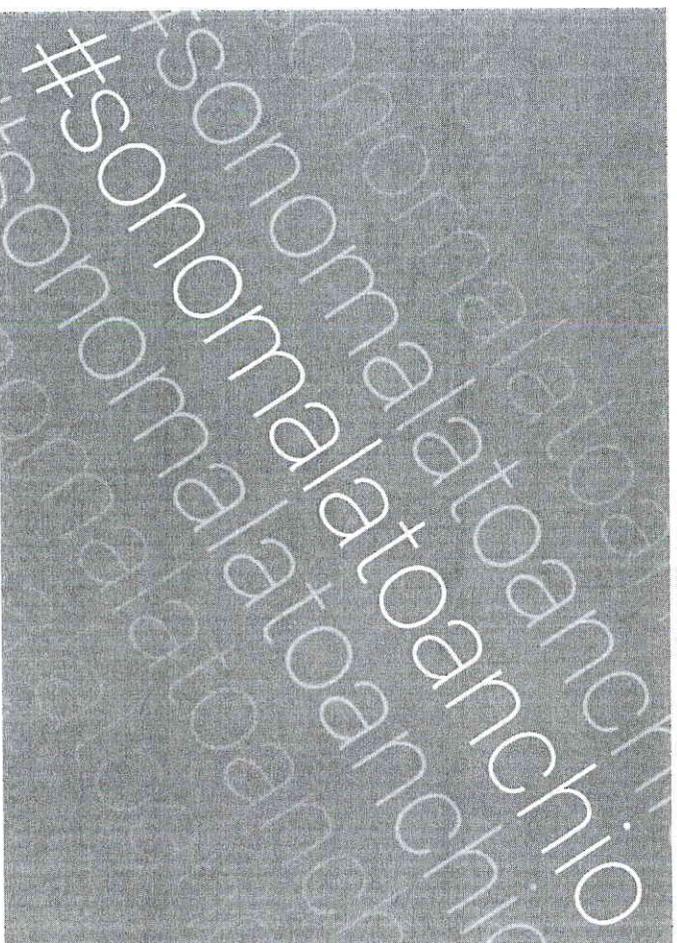
In ogni città tappa del tour i cittadini potranno diventare i nuovi volti della campagna e così contribuire in prima persona all'evento. Il *setting dell'allestimento prevede lo spazio per la mostra e gazebo* dove sarà allestito uno Set fotografico.

La foto verrà immediatamente caricata nel layout della campagna e messa online sul sito www.sonomalatoanchio.org
Anche chi non verrà in piazza potrà diventare testimonial attraverso la app del sito



Prima dell'evento: l'invito

In ogni città, nella settimana precedente alla tappa, saranno distribuite cartoline di invito #sonomalatoanch'io



La tua salute è un bene di tutti.
Festeggia con noi i nostri
primi 35 anni. **Scopri i tuoi diritti**
e come farli rispettare.

Vieni a trovarci a Campobasso
il 18 e 19 Aprile 2015
in Piazza Vittorio Emanuele II



Prima dell'evento: la locandina

In ogni città, nella settimana precedente alla tappa, saranno distribuite locandine di invito presso le sezioni locali del TDM, ospedali, asl e luoghi di ritrovo



La mia salute è un bene di tutti

Campobasso

Qualità, partecipazione, sostenibilità economica e tutela del diritto alla salute

ASSISTENZA

ASSISTENZA

ASSISTENZA

ASSISTENZA

ASSISTENZA

ASSISTENZA

ASSISTENZA

ASSISTENZA

abbvie e elo



Pillole di salute

20 piccole guide utili in formato cartolina

Una sanità
migliore.
Come posso
contribuire?



Scegli di donare gli organi

sapere che puoi farlo con entusiasmo al rinnovo della carta d'identità?
Chiedi informazioni: silenzio o Arregiate o Ufficio Relazioni con il Pubblico - 025 - del 120 Comune.

Tieni in ordine il tuo armadietto dei farmaci:

elimina subito i farmaci scaduti e non gelati ma ne conservi tutti della raccolta di Farmaci da
Infermiari e alle cartelle moduli di raccolta presso la tua farmacia di fiducia o in Comune.

Restituisci prontamente i presidi medici ricevuti "in prestito":

non aspetta la smessa di usare, riportali all'Ospedale/ASL, dille la tua farmacia, portiamo esser utili a qualcuno che
ora ne ha bisogno. Informarsi sugli orari e sulle modalità di consegna nell'ufficio dedicato.

Disidici per tempo gli appuntamenti:

se hai prenotato una visita o un esame e non puoi più recarti, disce almeno 24/48 ore prima. Evita così di pagare
la prestazione che non ha ricevuto e liberarsi un posto per chi ne ha bisogno.

Chiedi la ricetta direttamente in ospedale:

Il medico ospedale o presso sede il Ricettario Regionale per la prescrizione di farmaci o approfondimenti successivi.
(leggi e strutture) e le prescrizione devono essere effettuate sul tale strumento.

Ricordati!

Non aspettare e più hai problemi a fare queste cose e più conoscerai i tuoi diritti? Consulta la sezione del
Tavola dei diritti del malato a te più vicina www.comunialtoquindici.org

CON IL NUMERO VERDE 800 20 20 20
ODDVE 9 40

Le tappe: 23 città

Campobasso, Molise (18-19 aprile); Napoli, Campania (21-22 aprile); Taranto, Puglia (28-29 aprile); Ascoli Piceno, Marche (18-19 maggio); Sulmona, Abruzzo (21-22 maggio); Prato, Toscana (28-29 maggio); Roma (14 giugno - Celebrazione del 35ennale); Genova, Liguria (17-18 giugno); Aqvi, Piemonte (20-21 giugno); Aosta, Val d'Aosta (23-24 giugno); Varese, Lombardia (26-27 giugno); Terni, Umbria (14-15 settembre); Bolzano (17-18 settembre); Trento (20 settembre); Verona, Veneto (21-22 settembre); Udine, Friuli (23-24 settembre); Bologna, Emilia Romagna (25-26 settembre); Cagliari, Sardegna (29-30 settembre. da confermare); Potenza, Basilicata (2-3 ottobre); Catanzaro, Calabria (9-10 ottobre); Messina - Catania - Palermo, Sicilia (12-18 ottobre)

Sito web e attività social

Il sito web della campagna è www.sonomalatoanchio.org, per informazioni, partecipare al crowdfunding, Diventare protagonisti della campagna

**Hashtag della campagna
#sonomalatoanchio**

Aggiornamenti quotidiani di facebook, g+ e twitter con notizie dalle tappe e fotografie

PADOVA 16 FEBBRAIO 2012

Coordinamento dei T.d.m. della Regione Veneto

PREMESSA

I Tdm del Veneto, sono una iniziativa di Cittadinanzattiva.

Promuovono i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali, per contribuire ad una razionale ed efficace organizzazione del Servizio sanitario della Regione Veneto.

La finalità principale dei Tdm è quella di rimuovere situazioni di sofferenza inutile e di ingiustizia, ricorrendo prevalentemente all'esercizio dei poteri di mediazione, interpretazione e mobilitazione delle coscienze.

La difesa dei diritti dei cittadini si accompagna alla altrettanto perentoria e ineludibile necessità di fare emergere i doveri a cui i cittadini debbono partecipare in un equilibrio tra istanze di protesta pubblica e di attenzione alle difficoltà degli operatori della salute, all'interno di regole condivise attraverso la partecipazione civica.

I Tdm e il PSSSR 2010/2012

La visione evolutiva della medicina e della Sanità, si interessa delle organizzazioni che sono sottoposte continuamente a processi di rinnovamento e trasformazione. Le riforme degli ultimi trenta anni del Sistema Salute del nostro Paese e nel Veneto (4 riforme, fino al titolo V), hanno permesso di rendere le strutture e i servizi adeguati al cambiamento sociale.

Il PSSSR 2010 /2012, che sarà approvato alla fine dell'anno corrente, arriva dopo quindici anni di proposte di bozze di Piano che non hanno mai trovato la possibilità di tradursi in documenti definitivi, lasciando gli amministratori regionali liberi di agire con proposte di cambiamento e ridefinizione degli assetti organizzativi dei servizi delle Aziende Sanitarie, elaborando risposte tampone senza un profilo programmatico di riferimento.

Con la discussione del Piano 2010/2012 all'interno del Consiglio Regionale che avverrà dopo la definitiva approvazione della Commissione V, i cittadini del Veneto e le loro organizzazioni potranno intervenire per esprimere le considerazioni e i suggerimenti utili allo sviluppo di un Piano adeguato alle esigenze dei nuovi bisogni e tenendo conto delle limitate risorse che saranno investite nell'ambito della Salute nei prossimi anni.

In questa cornice di riferimento i Tdm vogliono affermare la loro presenza nel territorio Veneto che si è caratterizzata non tanto e solo per l'attività di difesa dei cittadini che hanno subito danni dalla "cattiva sanità" ma soprattutto attraverso proposte di cambiamento e di sollecitazione sugli aspetti organizzativi della sanità ospedaliera e territoriale, affermando il principio che la medicina e l'organizzazione dei servizi che ne è la esplicitazione operativa, non si muove soltanto all'interno delle strutture ospedaliere e non abbisogna solo di efficientismo operativo, di un'organizzazione produttiva affiancata da un' alta tecnologia, per realizzare l'eccellenza delle prestazioni.

Conta soprattutto sulla capacità degli operatori di sentirsi parte del sistema e di condividere, in quanto cittadini, le istanze fondamentali su cui si fondano i principi fondamentali dell'atto medico e della sanità: la disponibilità a prendersi cura della persona sofferente e di farlo con il massimo della asimmetria professionale posta al servizio del malato.

Per questo motivo l'attività dei medici di famiglia non deve essere trasformata, con l'apporto dell' informatizzazione e della tecnologia, in un ulteriore presidio organizzativo che fa divenire il paziente/cittadino un numero prima ancora di una persona.

E' utile organizzare gli appuntamenti per l'accesso alle visite ma, nel contempo, va lasciato al paziente la possibilità di richiedere prestazioni di urgenza

Le esigenze di relazione con il medico di famiglia (di medicina generale), con il quale ci si augura esiste un rapporto fiduciario e non burocratico, vanno mantenute per non deformare un rapporto sul quale si è fondata la cultura della presa in carico e della relazione terapeutica.

Del resto la causa dell'aumento vertiginoso dei contenziosi legali non va attribuita all'attività dei Tdm, ma ricondotta ad una ormai ventennale azione difensivistica degli operatori della salute, che si sono rinchiusi in comportamenti caratterizzati dalla distanza e dalla neutralità, divenuti eccessivamente costosi per le Aziende e la collettività.

La medicina difensivistica, infatti, è figlia di un atteggiamento di sfiducia che ha contagiato sia gli operatori che i cittadini.

Una volta si andava in Ospedale con la speranza di guarire e oggi, il più delle volte, con la paura degli errori umani e tecnologici che le indagini statistiche ci propongono come eventi quasi ineluttabili.

E' frequente la richiesta di quale è il migliore servizio e a quale professionista fare riferimento per curare un proprio congiunto.

La medicina difensivistica è una pessima medicina sia come qualità che come efficacia e con la crisi economica che sta attraversando il nostro continente e il nostro paese (si calcolano risparmi nell'ordine di diversi miliardi di euro per il finanziamento della sanità del nostro paese nei prossimi anni!), determina un eccesso di costi per le Aziende Sanitarie fino al 30% in più rispetto ad un atteggiamento di apertura, condivisione e relazione.

Lo sviluppo tecnologico ha, inoltre, ingenerato nei cittadini attese onnipotenti di guarigione legate alla qualità e all'eccellenza di alcuni Presidi Ospedalieri sia per le dotazioni di personale qualificato che per l'alto tasso di inferenza tecnologica.

Il paradosso si è determinato attraverso la frattura tra elementi di eccellenza da una parte e difficoltà di accesso alla conoscenza dei fattori di protezione dall'altra. La conseguenza immediata è stata un' attesa di alte prestazioni che quando non sono state soddisfatte hanno ingenerato rabbia e frustrazione con ricorso ai Tdm per le richieste di risarcimento.

Per i pazienti/ malati non è più sufficiente un immaginario costruito sull' alta qualità delle prestazioni tecnologiche ma va evidenziato il riconoscimento della capacità degli operatori e dei professionisti della sanità di condividere con il paziente la malattia e la sofferenza legata alla malattia.

Da solo, questo elemento relazionale è in grado di abbattere il contenzioso legale e può essere determinante nell'instaurarsi di nuovi modelli di intervento e di minore costo delle prestazioni.

Il consenso informato è, ancora oggi, un altro esempio emblematico di ricerca della tutela, che all'inizio e nella sua formulazione originaria è stato proposto per agire a tutela del paziente per poi trasformarsi con il tempo, in un lungo elenco di formulazioni a difesa e a garanzia dell'operatore sanitario.

I Tdm del Veneto ritengono che nella deriva della medicina difensivistica ci sono, per intero, tutti i germi di una condizione di svantaggio per la salute del malato e per gli operatori dei servizi sanitari.

Alla luce di queste considerazioni, che appartengono alla cultura e alla storia della difesa dei diritti della salute, si possono formulare alcune proposte che, da sole, hanno la capacità di lasciare il segno nella stesura del Piano 2010/2012.

E' necessaria, in prima istanza, la ridefinizione dei confini territoriali delle Ulss del Veneto per ottenere un sostanziale risparmio economico. Le risorse ottenute dalla riorganizzazione delle Ulss saranno utilizzate per abbattere i costi che oggi gravano sui cittadini sotto forma di ticket.

Poi si ritiene fondamentale la collocazione delle risorse nel territorio/ comunità, per riequilibrare la distanza ormai storica tra la spesa per i servizi e le strutture ospedaliere e quella del territorio (la comunità dei servizi), che nei prossimi anni si troverà a gestire e organizzare la più importante trasformazione della Sanità Veneta.

L'organizzazione della rete ospedaliera come è prevista dal Piano, impone, per le nuove caratteristiche che avranno gli ospedali come luoghi dell'acuzie e per la loro diversa caratterizzazione rispetto ai bacini di utenza, di implementare e ripensare al territorio della Comunità come al luogo della partecipazione e della condivisione dei cittadini ai processi di crescita della fiducia e della conoscenza.

Il presidente della V Commissione ha affermato che “ l’impianto del Piano suggerisce la necessità di collocare le risorse nel territorio perché la cultura Ospedale-centrica è stata la causa principale delle distorsioni organizzative che hanno ingenerato i maggiori costi della sanità nella nostra Regione”.

I Tdm sono d’accordo con questa affermazione e condividono tutti i tentativi contenuti nel PSSR che vanno nella direzione della qualità delle prestazioni, della centralità del malato, di una teoria della conoscenza che include la relazione e la umanizzazione come elementi del cambiamento continuo dei processi della salute, nell’interesse della collettività.

Invero il modello di Ospedale e di rete organizzata dei presidi ospedalieri, dice di una direzione verso la efficienza e la razionalizzazione, dettata dalla contingenza economica e non da una volontà politica in grado di decidere nell’interesse della comunità.

Il nuovo modello, per quanto riorganizzato, efficiente ed altamente tecnologico, è anacronistico.

La prima caratteristica che emerge è che l’ospedale nasce ancora una volta, per essere separato dal luogo di vita.

Questa tendenza si sta facendo sempre più insistente e quando parliamo di integrazione in realtà stiamo compiendo un atto di separazione del malato dalle sue abitudini, per collocarlo in un luogo che ha tutte le caratteristiche di un laboratorio.

Gli ospedali per acuti, quelli definiti “Hub” e quelli collegati e di riferimento della intera rete, ancora una volta sono stati concepiti per non avere relazioni con la Comunità, mentre oggi sono obbligati ad avere relazioni interne ed esterne, per uscire dalla propria autoreferenzialità.

La seconda caratteristica è che la conoscenza in Ospedale è ancora un peculiare tipo di conoscenza che si chiama “conoscenza clinica”. Ma la clinica, per sua natura, presuppone la “ non relazione” tra colui che conosce (il professionista della salute) e colui che è conosciuto (il malato).

La terza caratteristica è che l’Ospedale “ ricovera qualcuno” e ancora non è in grado di “ospitare” i suoi cittadini.

Per questo motivo l’idea del paziente ricoverato va ripensata, cioè il ricovero va ripensato in quanto caratteristica di un modello fondamentale di Ospedale che mantenendo inalterate le sue caratteristiche e non vivendo all’interno di un pensiero riformatore, finisce con riprodurre antichi meccanismi mentre la coscienza dei pazienti come fruitori di un servizio va mutando repentinamente.

Il PSSR deve agire per introdurre elementi di cambiamento, che non significano il sovvertimento del precedente ordine, ma ripensare a quali sono i principi ordinativi di un modello di vecchio ospedale e la introduzione di modelli che incidono sui comportamenti degli operatori.

Altrimenti avremo costruito un nuovo modello di Ospedale ma ci troveremo ancora ad agire all’interno di un ospedale “vecchio”.

Se si intende “valorizzare una visione imperniata sulla coesione sociale e sulla responsabilizzazione diffusa” come si evince dal capitolo 2.4 del Piano e su “ un patto con una Comunità competente e partecipe”, i Tdm sono pronti, per la loro storia ormai ventennale, ad interpretare in modo coerente questo assunto del PSSR Veneto.

Per questo motivo affermiamo che il concetto di territorio è abusato e logoro, che è una idea amministrativa che non apporta alcuna nuova riflessione sulla soggettività dei fruitori delle prestazioni.

Il territorio è un’idea di spazio, che va riformulata in quella di Comunità come contenitore di soggetti attivi, per cui se debbo avere relazioni posso averle solo con soggetti che sono fatti di tante cose, dalle Comunità scolastiche, dal Volontariato, dai Sindaci, dai Cittadini e dalle loro rappresentanze.

Soggetti che in virtù dei cambiamenti sociali degli ultimi anni, non vanno più considerati “pazienti”, perché, nella condizione della post-modernità, riconoscono i loro diritti, sanno di avere dei doveri da compiere e vogliono soprattutto conoscere i luoghi della “ospitalità” e avere risposte comprensibili e congrue per il loro stato di salute e di malattia.

Il nuovo soggetto sta diventando “esigente” e non ama passare le vacanze in ospedale, non ama prendere le medicine e se maltrattato è in grado di portare in tribunale gli operatori che si sono presi, a vario titolo, cura di lui, perché è cosciente dei propri diritti che sa contemperare con i doveri verso la collettività.

L’esigente è sempre più informato e vuole il rispetto del principio di autodeterminazione.

In un tempo in cui si tenta di trovare una nuova compatibilità tra i diritti in una condizione caratterizzata da risorse limitate, è interessante il problema del cambiamento dei modelli, in costanza di professionalità.

Questo è il nodo che deve affrontare il nuovo PSSR Veneto. E la domanda che i cittadini si pongono è:

Perché gli ospedali sono stati cambiati, qua e là, ridefiniti e riorganizzati in termini più funzionali dei precedenti ospedali, ma gli operatori non sono stati mai posti nelle condizioni di cambiare il loro modello di relazioni con il malato?

Avere pensato ai dipartimenti, come modelli organizzativi, non ha significato che automaticamente può essere realizzata una pratica dipartimentale!

Si può fare il dipartimento e nel contempo ci si può comportare in modo antidipartimentale.

Per questo motivo va riunificata la riorganizzazione dei contenitori insieme alla riorganizzazione e al ripensamento dei contenuti.

Bisogna rimettere insieme la sanità e la medicina che è il mondo dei contenuti costruito dagli operatori.

E' necessario orientare il sistema della salute verso una maggiore attenzione ai percorsi transmurati, quelli tra ospedale e comunità (il territorio dei servizi), assieme a quelli intra ed extra ospedalieri.

Va realizzato un dipartimento verticale che costruisce percorsi per i pazienti che vanno accompagnati e orientati nel loro cammino clinico che va dall'acuzie verso la post-acuzie e la riabilitazione.

Il Patto per la Salute 2010/2012 deve, con atti concreti, confermare la valenza dello spostamento del baricentro dall'Ospedale alla Comunità territoriale.

E poi, è necessario "promuovere, sviluppare e consolidare i rapporti con le associazioni di volontariato.... al fine di diffondere le buone pratiche nel territorio" e ancora "implementare l'Audit Civico attraverso il quale cogliere le istanze da portare ai livelli decisionali".

Inoltre non vanno diminuite le risorse, oggi disponibili, per l'assistenza domiciliare ai pazienti oncologici.

Gli Hospice e le cure palliative vanno riconsiderati all'interno del PSSR con riferimento alla legge 38/2010 e alla legge Regionale 7/2009 che dispongono la cura dei pazienti terminali a domicilio con l'istituzione di equipe di esperti in cure palliative e la realizzazione di un Hospice per ogni Ulss.

Va resa più congrua la dotazione dei posti letto per i pazienti in degenza in reparti di rieducazione funzionale, affetti da malattie croniche e pazienti terminali ai quali vengono assegnati 0,7 posti per 1000 abitanti.

Significa servizi e risorse allocate nelle strutture ospedaliere e territoriali per la realizzazione di un riequilibrio organizzativo che ormai si fa ineludibile.

Se è vero che sta cambiando la figura del paziente (oggi esigente!), è anche corretto che la figura dell'operatore deve potere essere dotato di autonomia e di responsabilità.

Un sistema fondato su questi due presupposti (autonomia e responsabilità) deve essere misurato sulla base di obiettivi concordati.

In chiave moderna è possibile affermare che se l'ospite diventa esigente e la struttura rimane burocratizzata, non c'è da meravigliarsi che il contenzioso legale abbia la dimensione che ha.

Il gioco malato-operatore è divenuto impari, asimmetrico e le garanzie dovranno essere inevitabilmente riequilibrate, mentre, d'altra parte, la asimmetria della conoscenza può rimanere un fattore di protezione e di garanzia se usata al servizio del malato.

I Tdm vogliono farsi partecipi e attivi rispetto a queste importanti garanzie.

Ci attendiamo operatori responsabili e autonomi, con i quali potere stabilire rapporti di mediazione piuttosto che difese anacronistiche che inevitabilmente si concludono con il ricorso ai contenziosi legali.

E' più facile riorganizzare gli ospedali e le Comunità, che cambiare i modi di essere delle persone.

Più facile investire milioni di Euro per costruire nuovi ospedali con alti livelli di tecnologia (ormai la robotizzazione della chirurgia ha raggiunto livelli inattesi e imprevedibili!), che cambiare la mentalità degli operatori e dei cittadini.

L'ospedale deve realizzare un continuum di terapie, di cura, di scambi con la Comunità.

Non è più tempo, nelle condizioni critiche della nostra economia e con risorse che saranno sempre più limitate fino a prevedere il ticket per il ricovero ospedaliero (ulteriore balzello che graverà sui cittadini senza individuare le vere cause dello spreco delle risorse!) che i cittadini paghino, a parità di condizioni, il 65% in più per le prestazioni di cui hanno diritto, rispetto al cittadino Inglese che per le stesse prestazioni paga il 9% (Domenichelli, Economia Sanitaria).

Allora dobbiamo agire per diminuire i contenziosi legali, riducendo l'atteggiamento ormai datato e costoso della medicina difensivistica, restituendo il ritorno economico con incentivazioni agli operatori che si pongono sul piano della collaborazione con i cittadini, senza arroccarsi su posizioni di pseudo-privilegio e di arroganza della conoscenza e del ruolo.

In effetti il consenso informato, a partire da questa visione, va realizzato solo se c'è una relazione perché se debbo informare qualcuno lo posso fare soltanto se ho costruito una relazione e se voglio una relazione con la Comunità debbo mettermi nella condizione che questa si realizzi.

Il modello che va cambiato, secondo il nostro parere di fruitori dei servizi, è l'immagine datata della "non relazione" per andare verso un concetto di "ospitalità" che è la riproduzione in chiave attuale della vecchia idea di accoglienza.

Occorre andare oltre la "accettazione ospedaliera" per realizzare la logica dell'ospitalità, che è uno degli Istituti più antichi che l'uomo ha codificato all'interno dei suoi comportamenti sociali.

Ciò che fa la differenza tra un amico e un nemico è l'ospitalità.

Il PSSR deve, allora, ripensare il suo modello di intervento, traducendo tutto ciò che di buono è presente nei suoi progetti attraverso la costruzione di un "PATTO DI OSPITALITÀ" tra Sanità Pubblica e Cittadini Veneti.

I Tdm e la Cittadinanzattiva del Veneto, sono disponibili allo sviluppo del "patto" che dovrà prevedere diritti e doveri degli operatori e dei cittadini, perché quando si ospita qualcuno nella nostra casa, colui che è ospitato è tenuto a rispettare i luoghi e le persone che lo ospitano; non può fare quello che vuole.

Perciò diritti e doveri andranno decisi insieme, tra cittadini e organizzazioni della medicina e della sanità, con modalità che si realizzeranno con la Comunità di riferimento.

Coinvolgendo i Comuni, le Associazioni Religiose e di Volontariato, i Sindacati degli operatori e le forze produttive del territorio.

Si tratta di incidere sulle abitudini, sulle mentalità, sui punti di vista, sulle convinzioni e sulle credenze.

Gli ospedali e la Comunità vanno aiutati ad avere relazioni e per realizzare questo proposito che apporta convenienze economiche e relazionali alla intera Comunità, il PSSR Veneto dovrà formulare non solo proposte di riorganizzazione delle strutture e dei Servizi che non possiamo non condividere, ma di cogliere la necessità di un nuovo modo di pensare ai modelli di intervento e di coinvolgimento dei Cittadini nella realizzazione di un assunto fondamentale che è quello del benessere e della salute della nostra Comunità.

Schema riassuntivo delle proposte dei Tdm.

L'azione difensivistica degli operatori della salute ha ingenerato atteggiamenti di sfiducia sia tra gli operatori che tra i cittadini. Per questo motivo vanno rimossi tutti gli elementi che ostacolano la possibilità di un riavvicinamento costruttivo attraverso momenti formativi per gli operatori e informativi per la cittadinanza.

Va affermata la capacità del sistema organizzativo della salute di orientarsi verso soluzioni condivise e partecipate per cui ogni atto clinico compiuto dagli operatori si realizza nell'interesse fondamentale del malato.

Il consenso informato va trasformato da documento a tutela degli operatori (per l'atteggiamento di sfiducia che ha contaminato gli atteggiamenti degli operatori!) a documento di conoscenza e a tutela degli operatori e del malato. Si può realizzare solo se esiste una relazione tra operatori e pazienti.

Il Piano afferma la necessità dell'allocazione delle risorse nel territorio. Questo atto si realizza solo se diviene cogente ed è inevitabile che la riorganizzazione della Comunità territoriale, avvenga sulla base dell'organizzazione di rete delle strutture ospedaliere che avranno tempi di degenza limitate solo allo stato di acuzie.

Va ripensato il territorio della Comunità come ad un luogo della partecipazione e della condivisione dei cittadini per la crescita della fiducia e della conoscenza.

Il modello di Ospedale nasce ancora una volta per essere separato dal luogo di vita. Si separa il malato dalle sue abitudini per collocarlo in un luogo che ha tutte le caratteristiche del laboratorio. Va fatto lo sforzo di pensare che, non può essere il cittadino a doversi adattare alle esigenze della organizzazione ma la organizzazione deve potere ridefinire i tempi e i modi per trovare una equilibrata collocazione dei differenti interessi.

La conoscenza in Ospedale è ancora un peculiare tipo di conoscenza che si chiama " conoscenza clinica". Questa conoscenza presuppone la "non relazione" tra colui che conosce e colui che è conosciuto. Va superata con l'introduzione di un modello di medicina relazionale.

L'Ospedale nella sua organizzazione prevede ancora il servizio di accettazione e "ricovera qualcuno" non essendo ancora in grado di "ospitare" i suoi cittadini.

Va ripensato a quali sono i principi ordinativi del modello di vecchio ospedale per introdurre modelli in grado di incidere sui comportamenti degli operatori.

Avere pensato ai dipartimenti ospedalieri come modelli organizzativi non ha significato automaticamente la possibilità di realizzare una pratica dipartimentale. E' necessario orientare il sistema della salute verso una maggiore attenzione ai percorsi transmurali, quelli tra ospedale e comunità, assieme a quelli intra ed extra ospedalieri. Un dipartimento verticale che costruisce percorsi per i pazienti che vanno accompagnati ed orientati nel loro cammino.

Il concetto di "territorio" è abusato e logoro, è un'idea amministrativa che non apporta nuove riflessioni sulla soggettività dei fruitori delle prestazioni. Il concetto di territorio va declinato in quello di "Comunità" come contenitore di soggetti attivi.

Nella condizione della post-modernità i fruitori dei servizi non vanno più considerati come pazienti, in quanto riconoscono i loro diritti e sanno di avere dei doveri da compiere e vogliono conoscere i luoghi dell' ospitalità. Sono divenuti "esigenti" e non amano ammalarsi né passare le vacanze in Ospedale.

Il Patto per la Salute deve, con atti deliberativi concreti, confermare la valenza dello spostamento del baricentro dall'ospedale alla Comunità Territoriale.

Vanno promossi, sviluppati e consolidati i rapporti con le associazioni di volontariato per diffondere le buone pratiche nel territorio.

Va implementato l'Audit Civico attraverso il quale possono essere raccolte le istanze dei cittadini da portare ai livelli decisionali delle singole Aziende.

Il Piano deve prevedere la presenza dell'Hospice e delle cure palliative in ogni Ulss e aumentare il numero di posti letto per la riabilitazione, la cronicità e i pazienti terminali, andando oltre la previsione di 0,7 posti letto per 1000 abitanti.

Va fondato un sistema che poggia sul presupposto della Autonomia e della Responsabilità degli operatori che deve essere misurato sulla base di obiettivi concordati. Con operatori autonomi e responsabili si stabiliscono rapporti di mediazione piuttosto che difese anacronistiche che si concludono sovente con il ricorso al contenzioso legale.

E' necessario aprire al concetto di "Ospitalità", l'antica idea di accoglienza, andando oltre l'idea di "accettazione ospedaliera" per realizzare un "PATTO DI OSPITALITA'" tra Sanità Pubblica e Cittadini Veneti.

Infine è necessario ripensare i confini territoriali delle Ulss, perché la loro riduzione apporta risorse economiche al sistema e porta alla eliminazione dei ticket sulle prestazioni.

ALLEGATO

I CONTENUTI DEL "PATTO DI OSPITALITA'" (i contenuti del patto di ospitalità e del "Codice deontologico di servizio" sono stati tratti dal documento del Centro Oncologico Fiorentino che sta realizzando questo progetto di accoglienza)

La Regione Veneto e i rappresentanti dei Comuni e delle conferenze dei Sindaci, congiuntamente alle Rappresentanze Civiche dei Cittadini (Cittadinanzattiva e i Tdm del Veneto), dei rappresentanti del Sindacato degli operatori Sanitari e delle Forze Produttive, si impegnano per la Comunità Veneta a:

Considerare la Comunità prima e la persona malata poi, come risorse con le quali avere una relazione, con le quali discutere in spazi dedicati, condividere responsabilità, partecipazione, impegno produttivo. Per questo motivo e a questo scopo tutti i reparti ospedalieri e le organizzazioni dei Servizi della Comunità, realizzano il Codice Deontologico di Servizio che sarà letto ogni volta (da un infermiere esperto in comunicazione) al suo ospite per negoziare le aspettative reciproche che poi saranno sottoscritte. Un grande impegno per gli operatori e la garanzia di essere accolti per i cittadini che ne avranno bisogno.

Realizzare una mappa di Tutor di Comunità con i quali interagire per migliorare la qualità dell'assistenza e delle risposte ai bisogni di salute espressi.

Promuovere e mantenere la cultura dell'Accoglienza Ospitale attraverso i Servizi di Accoglienza attivati negli ospedali del Veneto per rispondere alla forte domanda di relazione della società civile dei Cittadini Veneti. Il Servizio di Accoglienza dialogherà a diversi livelli e in diversi modi con le altre Istituzioni, con i cittadini, per orientarli, indirizzarli e sostenerli anche quando sono malati ricoverati creando delle vere e proprie realtà relazionali. E' prevista la reperibilità telefonica di 24 ore su 24, servita da infermieri esperti in comunicazione per facilitare il percorso di cura dei malati quando sono a casa loro o sono ricoverati in ospedale.

Garantire l'attività di ricerca assistenziale di tipo qualitativo, in modo che le opinioni delle persone in cura possano essere determinanti ai fini dell'adeguatezza dell'assistenza.

Offrire alla persona malata, attraverso il servizio di accoglienza, la possibilità di affrontare la malattia anche dal punto di vista psicologico durante tutto il percorso di cura aiutando lo sviluppo della stima e dell'amore per sé.

Donare metodi e pratiche innovative capaci di curare facendo attenzione a quanto viene asserito dalla persona malata che porta un sapere non esperto ma utile al sapere clinico per sviluppare alleanze terapeutiche, co-responsabilità di scelte e comprensione terapeutica, per ridurre la complessità e la sofferenza determinate dalla malattia.

Donare disponibilità ad informare, premura e ascolto, attraverso spazi di discussione.

IL CODICE DEONTOLOGICO DI SERVIZIO

Il Codice Deontologico di Servizio trasforma le indicazioni di massima del Patto di Ospitalità in regole, criteri e valori.

Riguardano il servizio e sono una specificazione dei diritti e dei doveri del cittadino rispetto al servizio a cui ci si rivolge.

Il Codice Deontologico di Servizio sarà consegnato nel momento in cui il malato viene ospitato, sotto forma di documento cartaceo. E' una regola condivisa, tra il cittadino e l'operatore.

Il rapporto tra i diritti e i doveri che intercorrono tra operatori e cittadini possono avere la configurazione di seguiti individuata:

IO OPERATORE, MI ASPETTO:

Che lei sia una buona persona

Che voglia capirci

Che ci chieda di chiamarla per nome e provi ad imparare i nostri nomi.

Che non sopporti e taccia, ma ci dica cosa non va bene di quanto le viene proposto.

Che parli della propria malattia, racconti che cosa la malattia significa per lei nella consapevolezza che quanto dirà rimarrà segreto.

Che ci dica che ha paura quando ha paura e non soffra per questo.

Che ci dica quando non si sente sicuro e come si sentirebbe più sicuro

Che cerchi di parlare con noi e con gli altri senza alzare la voce.

Che ci dica che non ha capito, quando non ha capito.

Che firmi il consenso richiesto solo se si sente veramente informato sull'esame o sulla cura a cui deve sottoporsi.

Che non consideri gli operatori come padroni e come gli unici a sapere di lei e della sua malattia.

Che rispetti l'organizzazione, nella consapevolezza che in quel luogo vivono tante altre persone e le esigenze possono essere tante e diverse.

Che ci dica le sue aspettative sul momento assistenziale.

Che ci dica, quando secondo lei stiamo sbagliando.

Che ci suggerisca cosa sarebbe meglio per lei.

IO MALATO; OSPITE DI QUESTA STRUTTURA, MI ASPETTO DA VOI:

A)Di essere accettato.

B)Informato nei tempi e nei modi che richiede il mio modo di essere, consapevole di non essere l'unico ad avere dei bisogni.

C)Di ricevere atteggiamenti premurosi.

D)Che vogliate e sappiate ascoltare

E)Che non abbiate paura della diversità.

F)Che non abbiate la necessità di giudicare.

G)Che sappiate utilizzare un linguaggio semplice, chiaro e per me comprensibile.

H)Che mi incontriate spesso.

I)Che abbiate tempi, spazi e strumenti per parlarci, ascoltarci e raccogliere i beni che nascono dalla relazione.

Giuseppe

Venezia 25/10/2013

Cicciu'

> Coordinatore Regione
Veneto dei Tribunali per
i Diritti del Malato

Gent.le Direttore Generale
Giuseppe Dal Ben
Azienda ULSS 12 di Venezia

>

Gentile Dr. Dal Ben

come da accordi intercorsi Le invio una esposizione di massima sulle azioni da intraprendere per l'avvio e l'attuazione del "Patto di Ospitalità" secondo le indicazioni della deliberazione n° 1543 dell'1/8/2013.

In premessa è necessario considerare che l'adesione della Azienda alla definizione del patto di Ospitalità si configura come una condizione di condivisione dei contenuti del documento del Direttivo Regionale di Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del Malato che è stato redatto, approvato e reso pubblico in data 16 febbraio 2012.

In quel documento si affermava, tra le altre cose, che " I Tdm vogliono agire nella politica sanitaria del Veneto attraverso forme di cambiamento e di sollecitazione sugli aspetti organizzativi della sanità ospedaliera e di Comunità..contando sulla capacità degli operatori di sentirsi parte del sistema e di condividere, in quanto cittadini, le istanze fondamentali su cui si fondano i principi dell'atto medico e della sanità, cioè la disponibilità a prendersi cura della persona sofferente e di farlo con il massimo grado di asimmetria professionale posta al servizio del malato".

[Indirizzo 1]

[Indirizzo 2]

[Città, CAP]

[Telefono]

[Indirizzo posta elettronica]

[Sito Web]

Inoltre appare necessario contribuire a dare fiducia all'azione degli operatori che hanno visto aumentare in modo vertiginoso il numero dei contenziosi legali chiudendosi viepiù in una condotta di tipo difensivistico che si è caratterizzata per la distanza e la neutralità nei confronti dei malati, generando aumento dei costi per l'Azienda e la collettività. La "medicina difensivistica" si è caratterizzata per essere figlia di un atteggiamento di sfiducia che ha contagiato sia gli operatori che i cittadini. Perciò è necessario operare, attraverso il Patto di Ospitalità, per la valorizzazione di una visione imperniata sulla coesione sociale e sulla responsabilizzazione diffusa, come si evince dal capitolo 2.4 del Piano – "un patto con una Comunità competente e partecipe....promuovendo, sviluppando e consolidando i rapporti con le associazioni di volontariato al fine di diffondere le buone pratiche nel territorio...implementando l'Audit Civico attraverso il quale cogliere le istanze da portare ai livelli decisionali".

Il Patto di Ospitalità che andremo a realizzare nella Azienda Veneziana e a caduta in tutte le Aziende ULSS Venete, serve a costruire la fiducia tra la Sanità Pubblica e Cittadini Veneti.

Noi cittadini attivi presenti nei Tdm siamo disponibili con le nostre idee e la nostra organizzazione territoriale, allo sviluppo del Patto di Ospitalità e individuiamo nella delibera n°1543 lo strumento per l'avvio e l'attuazione del Patto con un ruolo attivo e propositivo.

Le fasi per il conseguimento della "intesa politico-sociale tra parti sociali ed istituzioni sanitarie con lo scopo di promuovere forme diffuse di interazione e reciprocità"

come si legge nella delibera, si realizzano predisponendo un documento di base arricchito di tutti i contenuti che possono generare una adesione spontanea e non forzata degli operatori alla iniziativa. Dire che “il Patto di Ospitalità esplicita i diritti e i doveri di operatori sanitari e cittadini, individuando nel codice deontologico di servizio lo strumento operativo per declinare le indicazioni in regole e criteri” rappresenta una rivoluzione Copernicana rispetto al codice deontologico professionale che fa riferimento alle competenze professionali ed etiche del singolo operatore. Se impariamo a considerare la Comunità (il territorio!) e la persona malata come una risorsa con la quale avere una relazione, con la quale discutere in spazi dedicati, condividere responsabilità e impegno produttivo, allora è possibile realizzare il Codice Deontologico di Servizio che avrà lo scopo di negoziare le aspettative reciproche che saranno sottoscritte, determinando un impegno importante per gli operatori e la garanzia per i cittadini malati che hanno bisogno di essere accolti. All’interno del Patto, vanno individuati i Tutor di Comunità con i quali interagire per migliorare la qualità dell’assistenza e delle risposte ai bisogni di salute espressi.

Date queste premesse riteniamo che la prima fase, quella di avvio del percorso di partecipazione, potrà consistere nella preparazione di un documento essenziale ed efficace nei contenuti che andrà condiviso con gli operatori delle aree dipartimentali attraverso momenti formativi e partecipativi con gruppi omogenei. Seguiranno momenti di formazione per favorire la conoscenza dell’obiettivo che la Direzione Generale si è prefissato con l’atto deliberativo. Si realizzerà un processo di integrazione della conoscenza e la selezione di quegli operatori che

hanno maggiore attitudine a porsi come Tutor nella mediazione tra istanze dei cittadini ed esigenze del Servizio. Un lavoro che avrà inizio nel gennaio del prossimo anno e si prolungherà fino alla conclusione di tutti i passaggi necessari alla acquisizione della conoscenza del nuovo modello operativo. .

Nel contempo dovrà essere attivato un tavolo politico-istituzionale per il coinvolgimento dei rappresentanti delle amministrazioni locali presenti nella Conferenza dei Sindaci che già si è espressa favorevolmente per l'attuazione del "Patto". In questo tavolo di lavoro dovranno essere esposti i contenuti del Patto e le indicazioni del Codice Deontologico di Servizio impegnando le amministrazioni a farsi parte attiva nella diffusione a livello di Comunità dei contenuti emersi garantendo la interazione partecipativa dei vari attori della Comunità. La adesione dei Sindaci e delle Comunità locali al Patto aprirà le porte alla terza fase del processo che andrà a realizzare il coinvolgimento dei diversi portatori di interesse della Comunità. Tutti gli attori della società civile, le categorie sociali e produttive, le famiglie con i loro rappresentanti, le forze sindacali e datoriali, il terzo settore e le organizzazioni religiose. Si conta di potere realizzare il patto entro il prossimo anno tenendo nel giusto conto che per i momenti formativi saranno necessarie risorse umane ed economiche che andranno iscritte nella forma di eventi per lo sviluppo del Servizio di Umanizzazione delle cure. Il documento va considerato come un contributo di idee di cui Lei e i suoi collaboratori potranno avvalersi.

Cordiali saluti.

Dr. Giuseppe Ciccù