



C'è del valore in RSA – www.valoreinrsa.it



– Come organizzarsi in RSA –
Il patto di ospitalità, il meta servizio di
accoglienza, il codice deontologico

Marcella Gostinelli, Collegio IPASVI Provincia di Firenze
marcella.gostinelli@gmail.com

febbraio/marzo 2013

Il segno dell' esperienza.... I presupposti progettuali..... condizionali

Riflessioni

- Accoglienza; **imparare a destrutturare i pensieri predefiniti sulle accoglienze attese**
- Ospitalità assoluta: **non organizzata**
- Cultura organizzativa **che permetta di andare oltre la standardizzazione**
- Economia vs economicismo

L'umanizzazione è un diverso modo di conoscere il malato.....

- Chi è il malato?
- Come lo considero?
- È necessario che io continui a chiamarlo paziente o devo ridefinirlo?
- Che tipo di professionista serve?
- Che tipo di servizio?
- Che genere di offerta?

Esiste una contrapposizione.....

Esiste una situazione sociale dove:

- Aumentano i poveri
- Aumentano le disuguaglianze
- Aumenta la percezione di povertà e insicurezza
Diminuiscono i sistemi.....

Aumenta la complessità portata dalla persona..

.....comunità caratterizzata da molto individualismo

Parallelamente negli ambienti socio-sanitari

- si riduce la base informativa perché questo ci consente di decidere meglio nelle scelte difficili;
- esiste un sentire ed un agire nell'ambito del rapporto economia e medicina, assistenza che rischia di indurre fenomeni di disumanizzazione

Economicismo

ideologia in funzione della quale si mette prima il limite e poi tutto il resto

Economia individualistica vs sociale

un' economia che per valutare la validità di una azione sanitaria fa riferimento ad un modello di razionalità strumentale e massimizzante...positivista e scienziata.....

ed è proprio qui che sorgono problemi di congruità

Congruità che non si determina:

- con il rinnovo dei contenitori
- riformando paradigmi professionali ormai fossilizzati

Ma cercando invece di capire se quello che si fa e c'è già si può meglio mettere in relazione alla domanda sociale

In queste condizioni economiche è possibile rivedere i contenuti del sistema sanitario?

Cioè i suoi comportamenti impersonali si possono rendere relazionali?

- distinguere la Clinica dalla Relazione
- obbligare la clinica a fare i conti con la relazione in quanto tale, come realtà altra da quella scientifica
- considerarla come una dimensione culturale autonoma

“L’idea nuova e pratica allo stesso tempo

è organizzare una funzione che assista il sistema della azienda nell’apprendere modi di essere relazionali e che corrisponda sia alla domanda sociale che alla necessità di mediare i rapporti tra sanità medicina e società ad ogni livello ma soprattutto che sia plausibile” (Cavicchi, 2008)

....accoglienza non è....

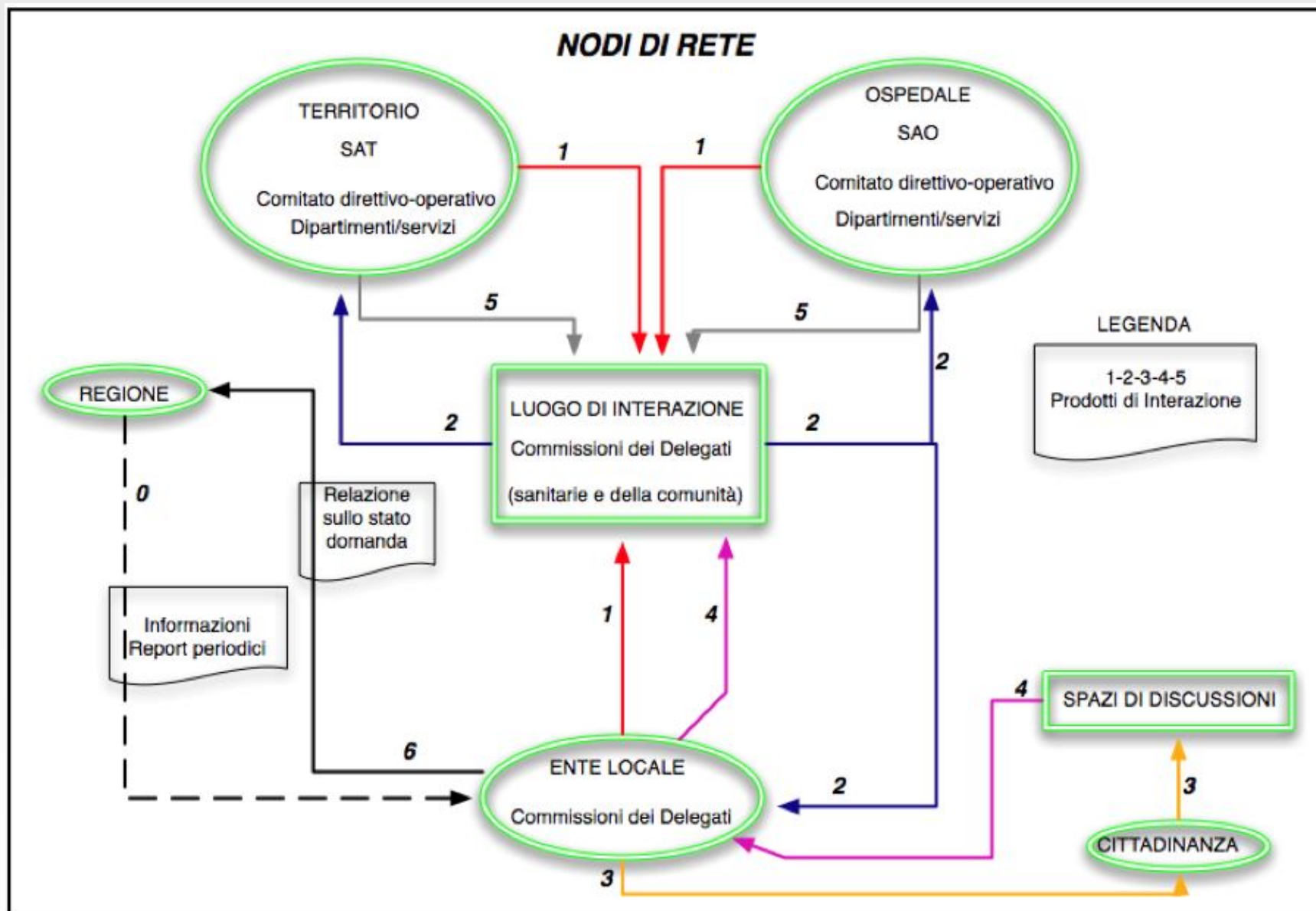
- **accettazione**
- ***customer satisfaction***
- **amabilità dell'operatore sanitario**
- **relazione accidentale medico-paziente**

...accoglienza è:

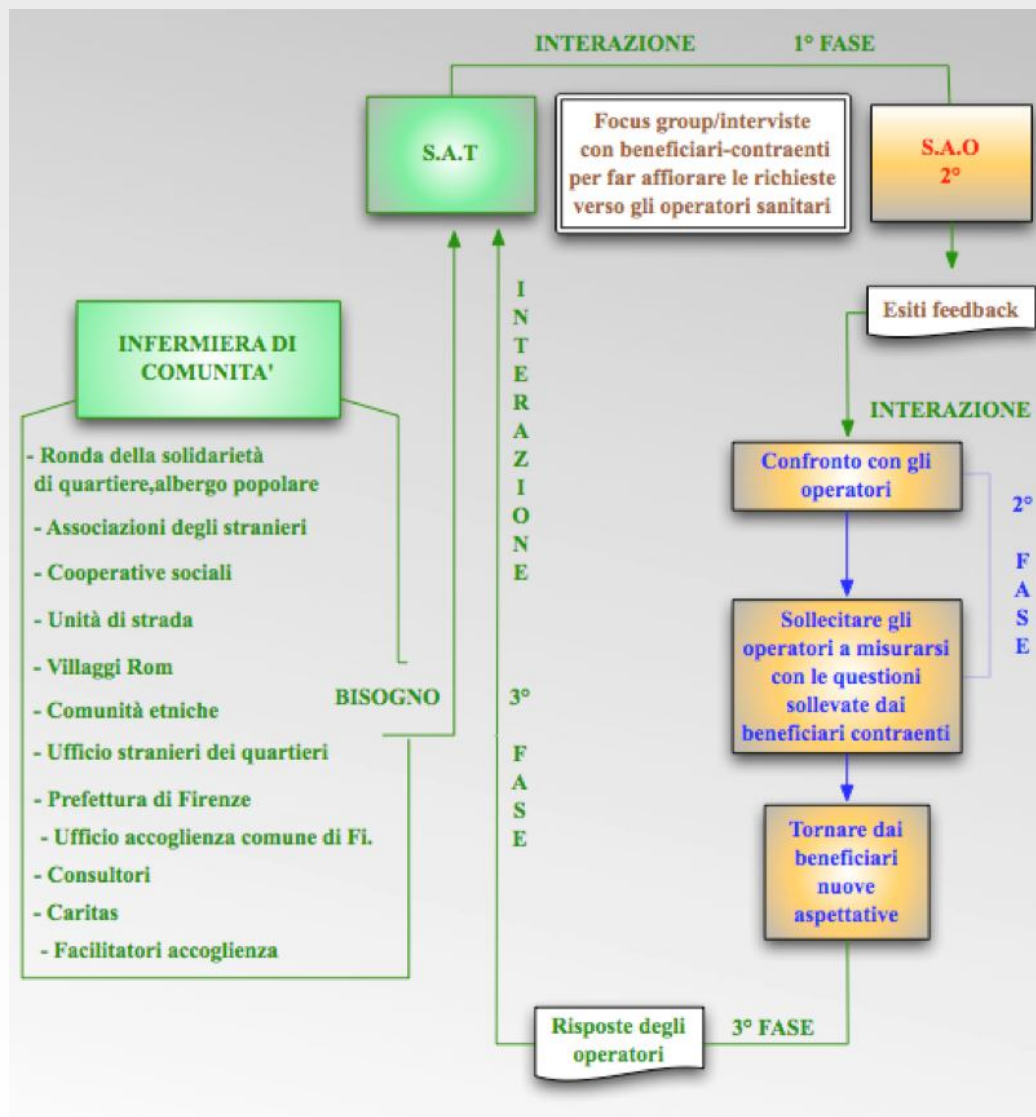
una funzione che assiste il sistema dell'azienda nell'apprendere modi di essere relazionali

- ***un'idea plausibile e congrua a ciò che serve***
- ***Meta-servizio per l'accoglienza ospitale***

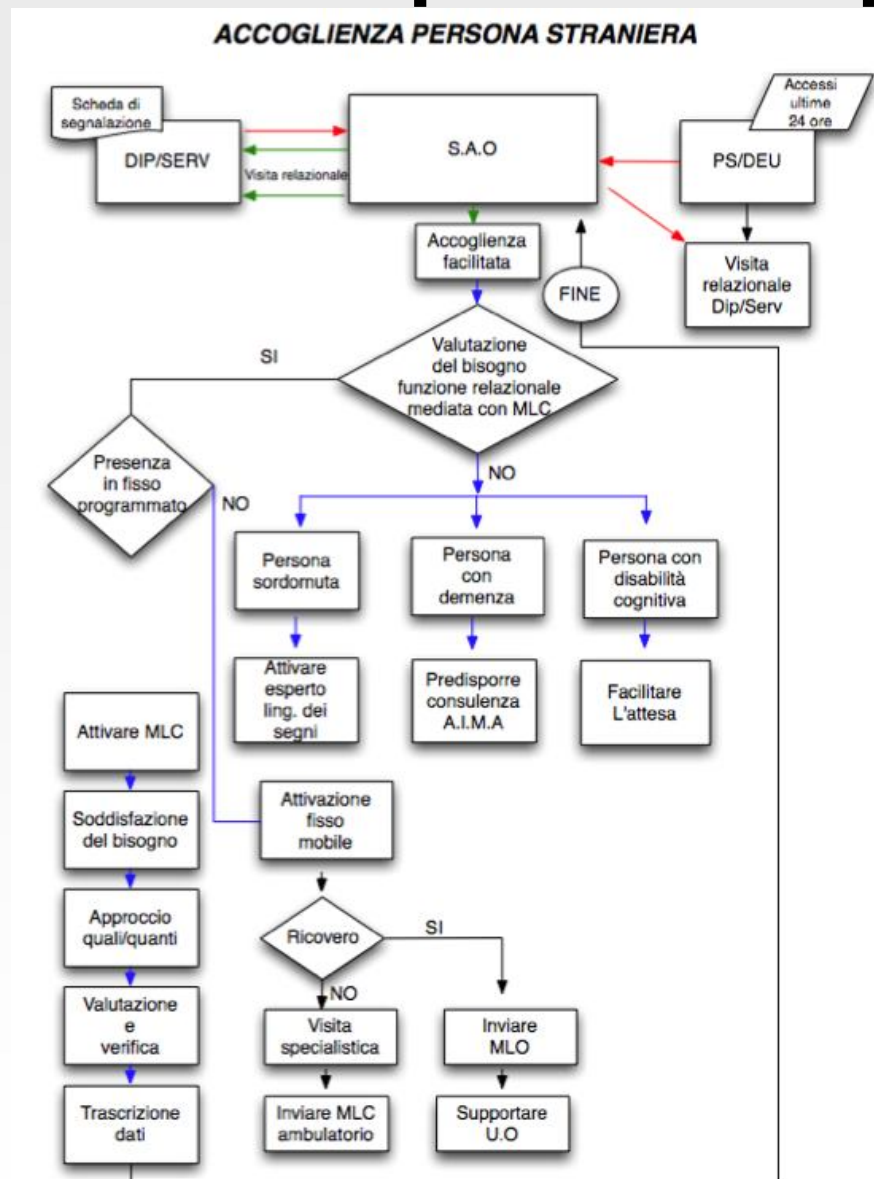
Nodo di rete



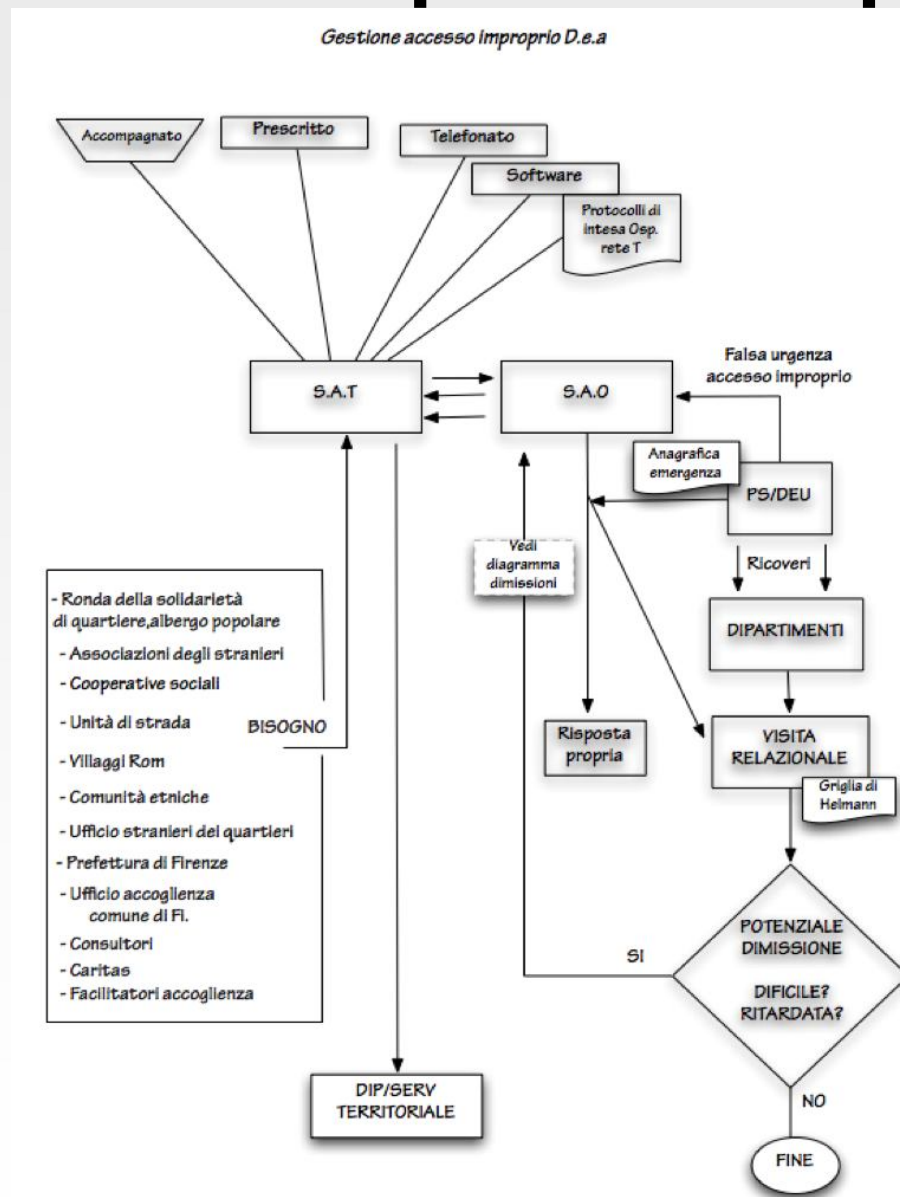
Le tre fasi di interazione



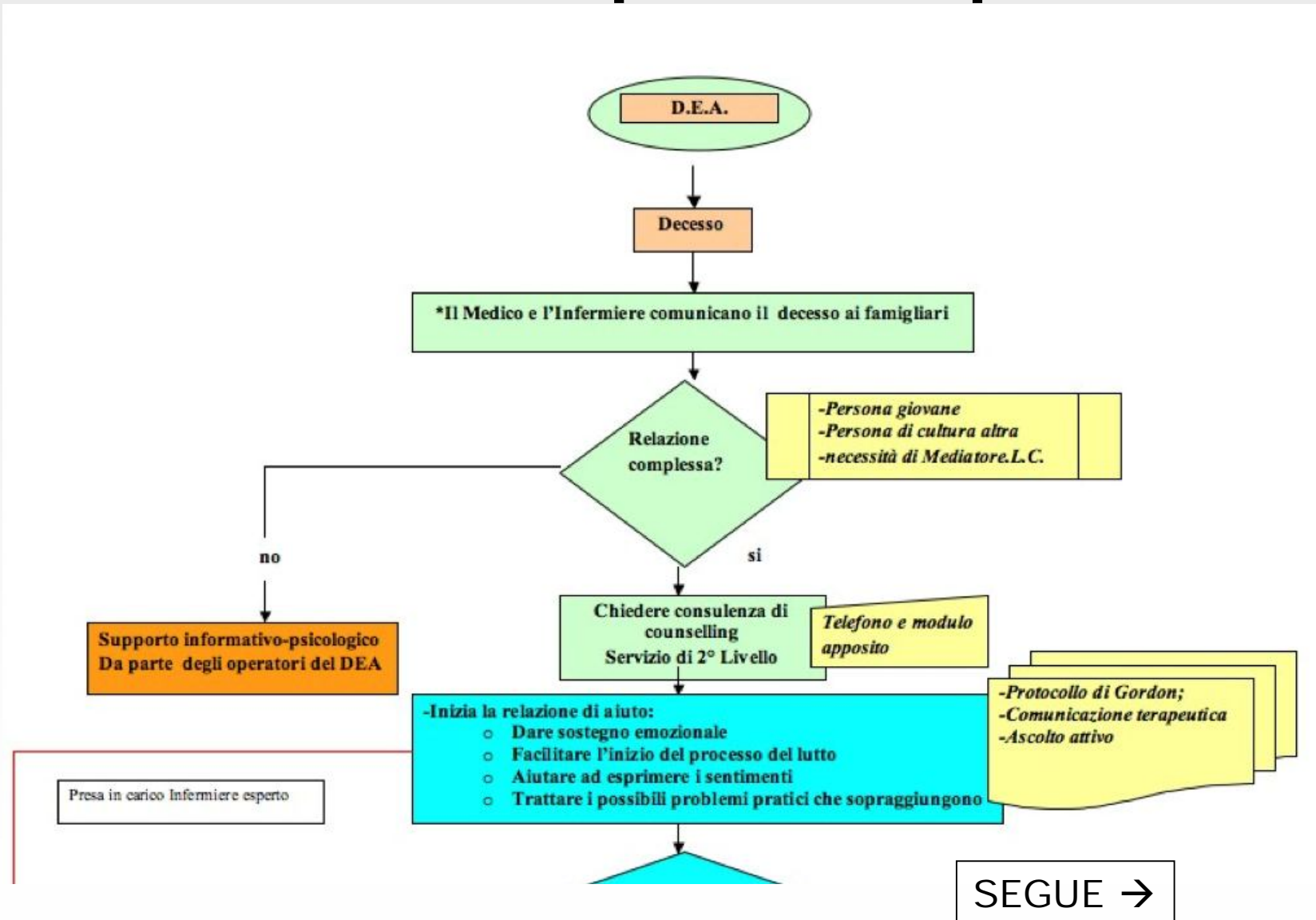
Nodi di rete ospedalieri possibili



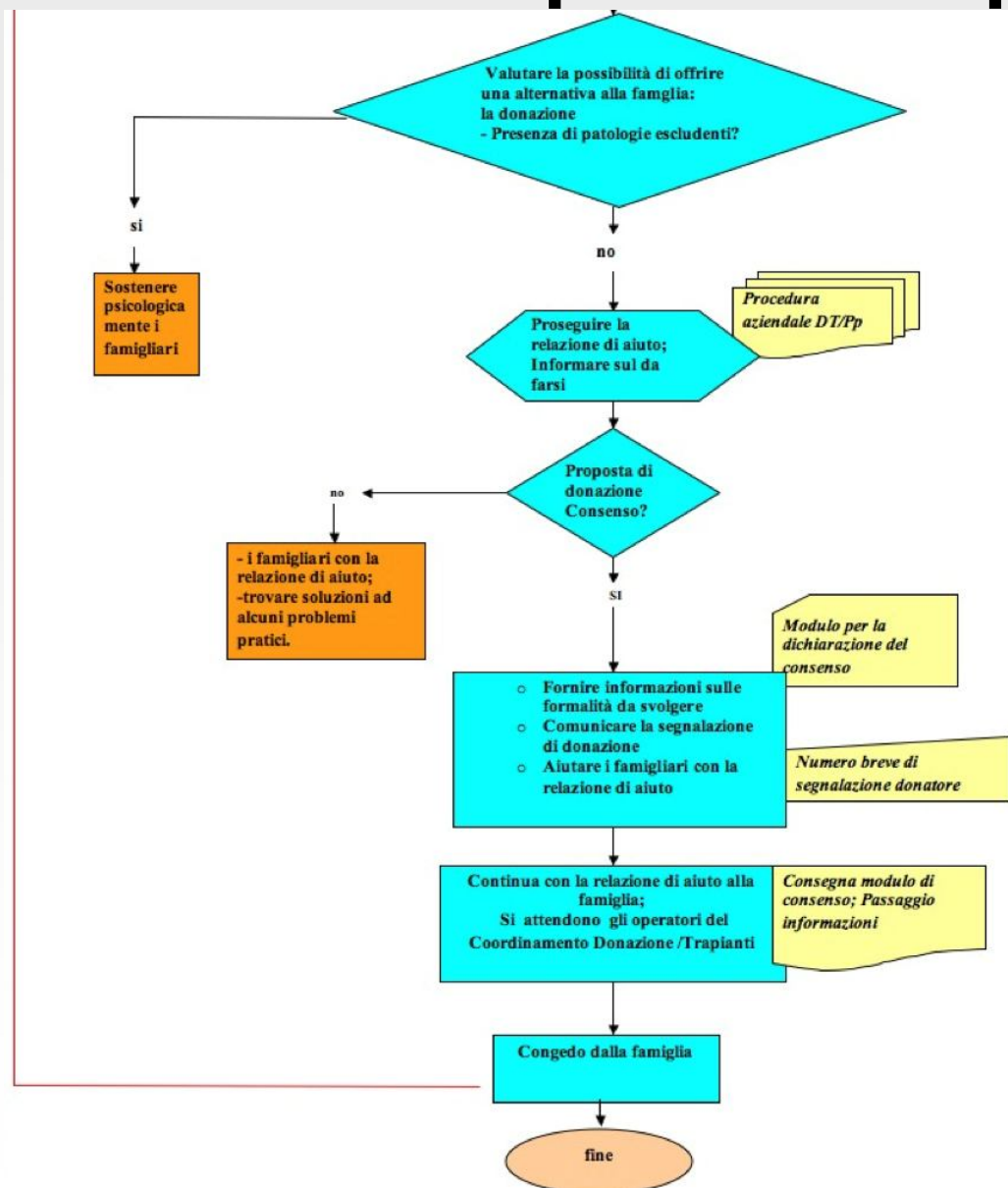
Nodi di rete ospedalieri possibili



Nodi di rete ospedalieri possibili



Nodi di rete ospedalieri possibili



Il metaservizio e le sue relazioni

Un servizio per i servizi, dovrà aiutare gli operatori a costruire 4 livelli di relazioni:

- 1° Livello: direttamente con il malato o il cittadino;
- 2° Livello: favorire le relazioni fra i servizi ed il malato;
- 3° Livello: favorire le relazioni fra le persone malate;
- 4° Livello: le relazioni previste dal patto di ospitalità e che riguardano il lavoro di informazione e di sensibilizzazione rispetto alle comunità dei cittadini di riferimento.

Metodi e strumenti decisionali

- Processi e progetti
- Project management
- Project cycle management
- Company wide
- Transculturale
- Consulenze di comunità

Esempi di progetti applicativi, Meta-servizio:

- “...tanto io non mi ammalo...”, 4° Livello di relazioni, promuovere la prevenzione della salute



Esempio di progetto di ricerca qualitativa fenomenologico longitudinale, 2° livello di relazioni; schede di asseribilità 1° livello di relazioni;

PROGETTO DI RICERCA	
Proponente	
Email	
Data	
Titolo dello studio	I vissuti e l'esperienza della malattia di cancro al seno "asserita" dalle donne che afferiscono al Centro ed i loro modelli esplicativi di salute e malattia
1. Domanda di ricerca (PS)	Qual è l'esperienza della malattia di cancro al seno delle donne che afferiscono al centro a partire dalla comunicazione della diagnosi fino al termine del ciclo chemioterapico (adjuvante) e relativa al contesto ospedaliero in relazione ai loro modelli esplicativi di salute e malattia (4 mesi) ¹ e a come la rete di cura (familiari, partner)

COSA E' ACCADUTO?	Include la descrizione dei sintomi e il conferimento a essi di un nome
PERCHE' E' ACCADUTO?	Prevede l'esplicitazione dell'eziologia e l'interpretazione causale del male anche di tipo naturalistico
PERCHE' E' ACCADUTO A LEI?	Indaga il legame della malattia con aspetti del comportamento, della dieta, dell'igiene, o della personalità del paziente.
PERCHE' ORA?	Pone in relazione la temporalità della malattia ed il suo calarsi negli eventi, le sue modalità d'inizio improvviso o lento
QUALI SONO LE SUE CONSEGUENZE?	Prevede la descrizione del funzionamento della malattia, inclusi i principali problemi che causa al paziente
CHE COSA ACCADREBBE SE NON SI FACESSE NULLA?	Esplicita il probabile decorso della patologia, inclusi risultati, prognosi e pericoli
CHE COSA SI DOVREBBE FARE SECONDO LEI?	esplicita le differenti strategie terapeutiche che si potrebbero intraprendere, includendo le pratiche di self-care e le terapie alternative

FONTE MODIFICATA DA GC Helman, "Disease versus illness in General Practice, in journal of the Royal College of General Practitioner", 1981

Esempi di progetti applicativi, Meta-servizio:

Progetto di miglioramento: visite relazionali,
mappa degli episodi e percorso rosso:

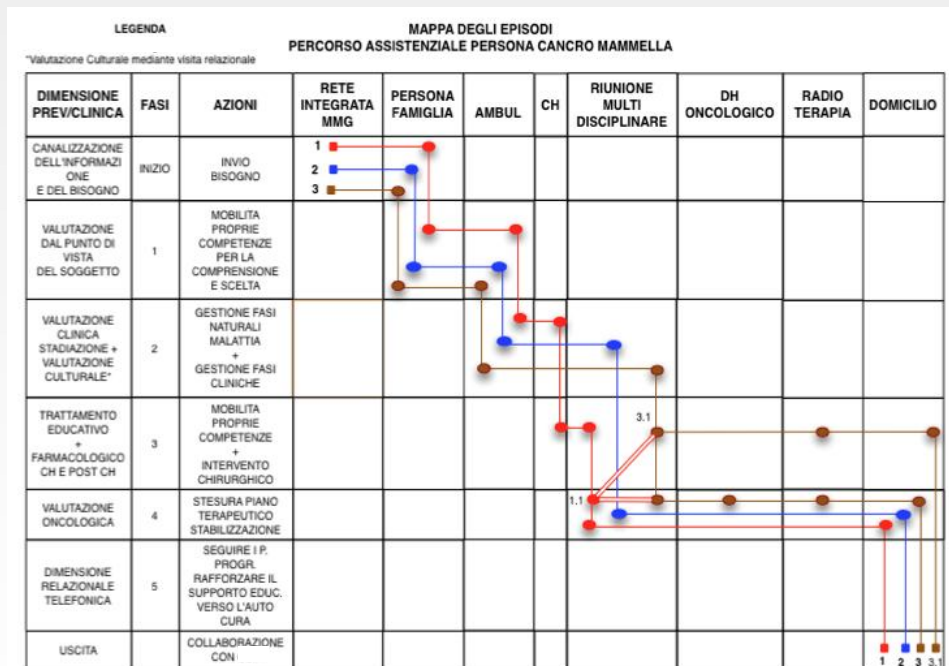
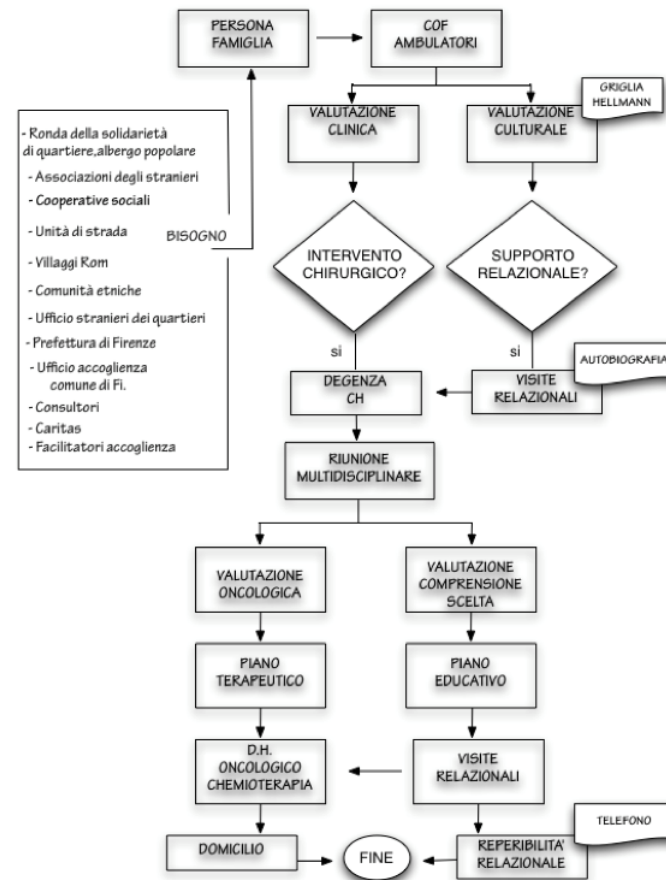


DIAGRAMMA SERVIZIO ACCOGLIENZA PERSONA CANCRO MAMMELLA
PERCORSO ROSSO 1



Esempi di progetti applicativi, Meta-servizio:

Progetto Blog “*Voglio parlare ancora*”, 3° livello di relazioni;

VOGLIO PARLARE ANCORA
il blog

MERCOLEDÌ 29 SETTEMBRE 2010

I pensieri di una giornata...



Oggi, con questo primo post vorremmo parlare con voi di cosa in questo momento vi preoccupa: raccontateci i pensieri di una vostra giornata, quali di questi caratterizzano le vostre giornate e le rendono brutte; quali invece sono i pensieri positivi, quelli che valorizzano la vostra giornata.

Su, chi comincia?

Pubblicato da aprovisi a 14:36 1 commenti

Etichette: [giornata](#)

DISCLAIMER
Ciao e benvenuti su questo blog! Vorremmo dedicare questo spazio di discussione alla condivisione dei vissuti e delle attese in merito alla vostra esperienza di malattia. Vorremmo che diventasse uno spazio di ascolto e di riflessione, di sfogo e di informazione. Ci piacerebbe in questo modo poter essere di aiuto e di conforto per tutti coloro che hanno passato o stanno passando una brutta esperienza, per i malati ma anche per parenti, familiari e amici.

Marcella Gostinelli

ETICHETTE
[giornata \(1\)](#)

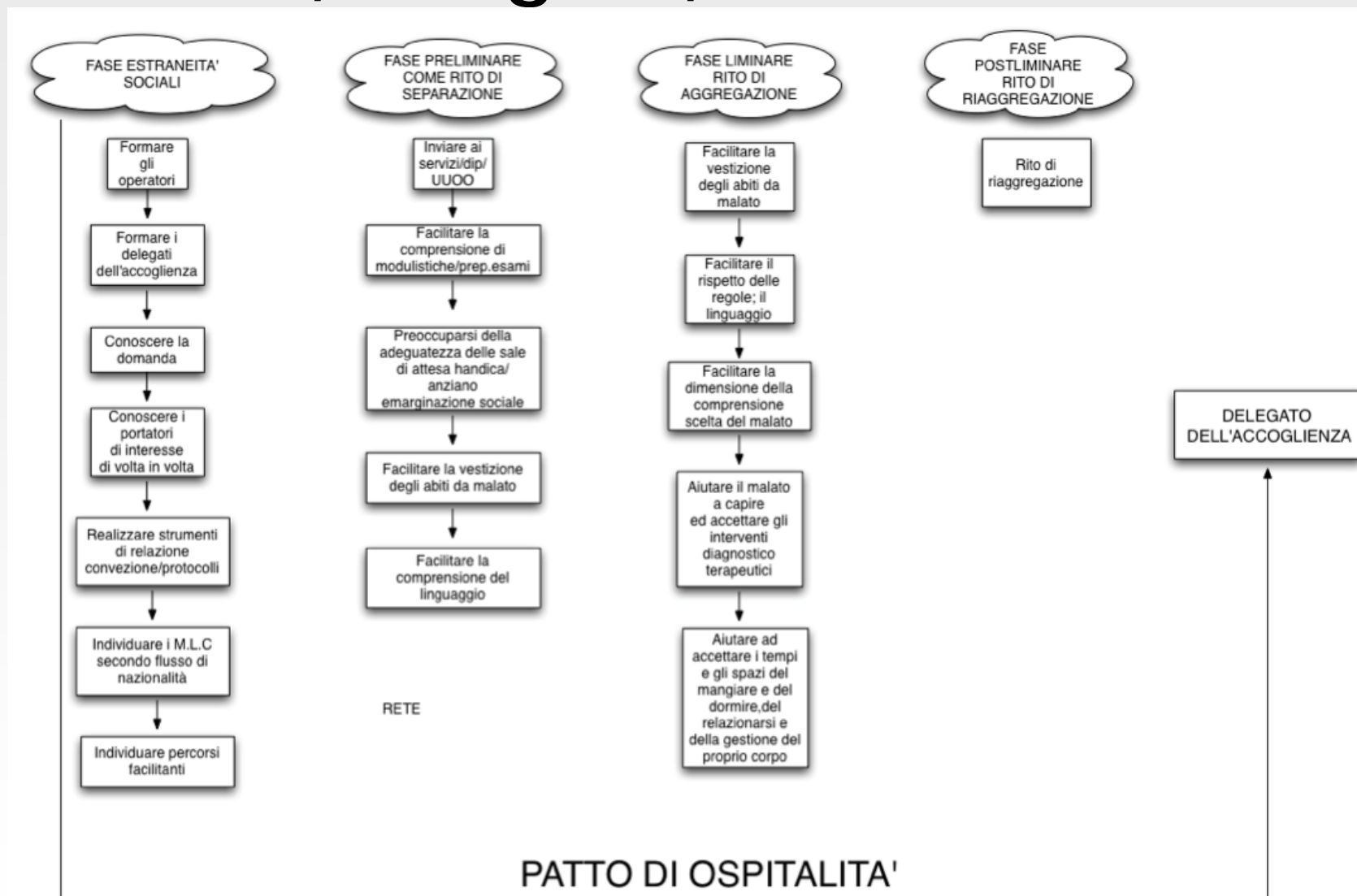
LETTORI FISSI

Segui con Google Friend Connect

Non sono presenti follower. [Sii il primo!](#)

Sei già un membro? [Accedi](#)

Tutor, Delegato, Facilitatore.....



DIMENSIONE ORGANIZZATIVA MODELLO TIPO HUB AND SPOKE

Conclusioni

- Accoglienza: idea “innocente”;
- Ospitalità: idea che permette di accrescere il grado di relazionalità del sistema sanitario dei servizi;
- Credere nell’idea dell’Accoglienza ospitale è la vera sfida per la professione infermieristica

Bibliografia

- Boffo V, (a cura di) La cura in pedagogia, linee di lettura, CLUEB, Bologna, 2006
- Mauss M, Saggio sul dono, forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche, Einaudi, Torino, 1965, 1991, 2002;
- Godbout Jacques T, Lo spirito del dono, in collaborazione con Caillé Alain, Bollati, Boringhieri, Torino, 1993, 2002, 2007
- Latouche S, L'altra Africa, tra dono e mercato, Bollati Boringhieri, Torino, 1997, 2007
- Caillé A, Il terzo paradigma, antropologia filosofica del dono, Bollati Boringhieri, Torino, 1998
- Pompeiano V, a cura di, L'ospitalità e le rappresentazioni dell'altro nell'Europa moderna e contemporanea, Artemide, Roma, 2004
- Becchetti L., Oltre l'homo oeconomicus, felicità, responsabilità, economia delle relazioni, Città Nuova, Roma, 2009

Bibliografia

- Di Ciaccio S, Il fattore “relazioni interpersonali”, fondamento e risorsa per lo sviluppo economico, Città Nuova, Roma, 2004
- Tognetti M, I colori del welfare, Feltrinelli 2000
- Bruni L, Il prezzo della gratuità, Città Nuova, Roma, 2006
- Bruni L, La ferita dell'altro, economia e relazioni umane, Il margine, Trento, 2007
- Golin E, per un'impresa a più dimensioni, strategie e bilancio, secondo il metodo RainbowScore, Città Nuova, Roma, 2003
- Cipolla C, a cura di, Manuale di sociologia della salute, III. Spendibilità, Franco Angeli, Milano, 2005
- Natoli S, La felicità, saggio di teoria degli affetti, Feltrinelli, Milano, 1993
- Natoli S, Parole della filosofia dell'arte di meditare, Feltrinelli, 2007

Bibliografia

- Cavicchi I, Il pensiero debole della sanità, ed. dedalo, Bari 2008
- Cavicchi I, Medicina e sanità: snodi cruciali, ed. Dedalo, Bari 2010
- Cavicchi I, La clinica e la relazione, ed Boringhieri
- Cavicchi I, I mondi possibili della programmazione, Mc Graw Hill, Milano 2012

Codice deontologico di servizio

Il codice deontologico di servizio¹ è lo strumento che trasformerà le indicazioni di massima del Patto di ospitalità in regole, criteri, valori. Esso, riguardando il servizio, è una specificazione dei diritti/doveri del cittadino rispetto ad un certo servizio.

Il codice deontologico di servizio è lo strumento operativo del patto di ospitalità e come tale sarà consegnato al momento in cui il malato sarà accettato, sotto forma di documento. Quindi, il codice deontologico di servizio va considerato come la regola condivisa, comune, tra il cittadino e l'operatore.

Qui di seguito elencheremo il rapporto fra diritti e doveri sotto forma di "aspettative" reciproche fra l'operatore e il malato, ospite e cittadino.

¹ Estratto dal Documento della Scuola regionale di sanità Villa Umbra, Perugia 2009

Codice deontologico di servizio

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 che ci dica cosa non le va bene di quanto proposto;*
- *Che parli della propria malattia, racconti che cosa la malattia significa per lei nella consapevolezza che quanto dirà rimarrà segreto;*
- *Che ci dica chi vuole accanto a sè per farle compagnia e quando;*
- *Che ci dica che ha paura, quando ha paura e che non soffra per questo;*
- *Che ci dica quando non si sente sicuro e come invece si sentirebbe più sicuro;*
- *Che voglia conoscere il proprio stato di salute e o di malattia e scegliere il comportamento conseguente più adatto;*

Codice deontologico di servizio

IO, OPERATORE, MI ASPETTO:

- 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 i consensi richiesti solo se si sente davvero informato sull'esame o cura a cui dovrebbe sottoporsi e ricevere, perché la firma è solo una formalità e quello che conta è che sia realmente informato;*
- Che non consideri gli operatori come padroni e neanche come gli unici a sapere di lei e della sua malattia;*
- Che rispetti un'organizzazione il più possibile vicina alle sue esigenze, nella consapevolezza che in quel luogo vivono temporaneamente tante altre persone e dunque le esigenze possono essere tante e diverse;*
- Che ci dica qual è il proprio confine tra la buona terapia e la terapia non più accettabile per lei;*
- Che ci dica le sue aspettative sul momento assistenziale;*
- Che ci dica quando secondo lei stiamo sbagliando;*
- Che ci suggerisca cosa sarebbe meglio fare per lei.*

Codice deontologico di servizio

IO, OSPITE DI QUESTA STRUTTURA MI ASPETTO DA VOI:

- *Di essere accettato;*
- *Di essere informato nei modi e nei tempi che richiede il mio modo di essere, nella consapevolezza di non essere l'unico/a ad avere quel bisogno;*
- *Che parliate con me con la consapevolezza e l'interesse necessario per dare un messaggio, riceverlo e restituirlo;*
- *Di ricevere atteggiamenti premurosi;*
- *Che vogliate e sappiate ascoltare;*
- *Che non abbiate paura della diversità;*
- *Che non abbiate la necessità di giudicare o che almeno siate bravi a non manifestare il giudizio o il pregiudizio;*
- *Che sappiate usare linguaggi semplici, chiari, a me comprensibili;*
- *Che abbiate la volontà di farvi capire e capire me;*
- *Che mi incontriate spesso;*
- *Che abbiate tempi, spazi e strumenti per parlarsi, ascoltarsi, raccogliere e produrre beni nati dalla relazione, dagli incontri da trascrivere perché servano da memoria per gli altri operatori che verranno, se servono, perché non si dimentichino.*

Codice deontologico di servizio

Inevitabilmente la scrittura del codice dovrà avvenire per fasi operative che elenchiamo schematicamente di seguito:

1) Raccolta delle aspettative dell'Ospite al momento dell'incontro

2) Valutazione dello scarto fra le aspettative immaginate dagli operatori e quelle dichiarate dall'ospite al momento dell'incontro

Codice deontologico di servizio

La possibile negoziazione è conseguente all'apprendimento dello scarto che si determina mediante relazione discorsiva su ciò che è necessario mettere in atto per soddisfare le reali aspettative dell'ospite.

3) Risultato della negoziazione

Modulo di dichiarazione congiunta

Io _____ mi impegno a
rispettarlo Firma della persona accolta

Io _____ mi impegno a
rispettarlo Firma dell'operatore che accoglie

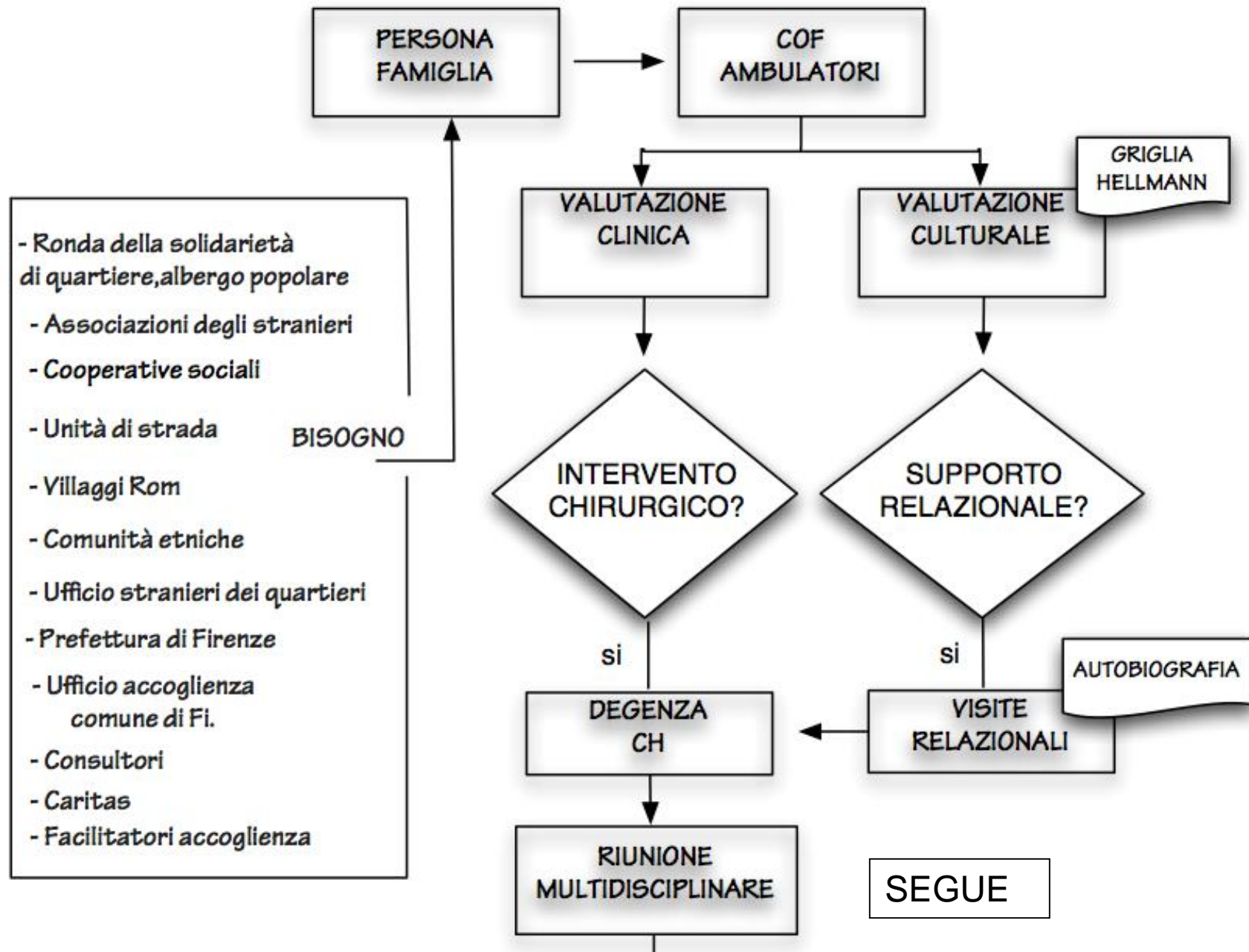
LEGENDA

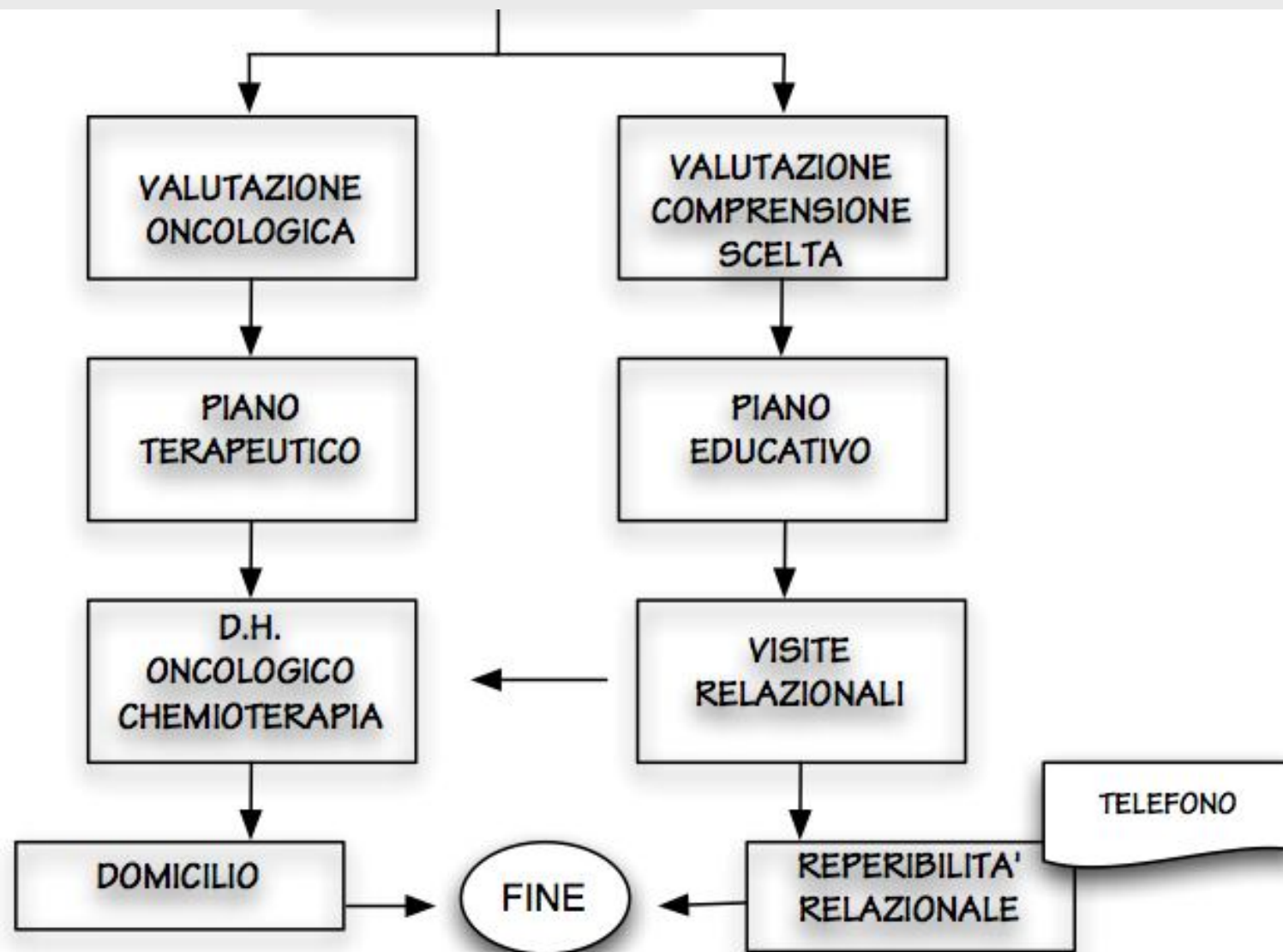
**MAPPA DEGLI EPISODI
PERCORSO ASSISTENZIALE PERSONA CANCRO MAMMELLA**

*Valutazione Culturale mediante visita relazionale

DIMENSIONE PREV/CLINICA	FASI	AZIONI	RETE INTEGRATA MMG	PERSONA FAMIGLIA	AMBUL	CH	RIUNIONE MULTI DISCIPLINARE	DH ONCOLOGICO	RADIO TERAPIA	DOMICILIO
CANALIZZAZIONE DELL'INFORMAZIONE E DEL BISOGNO	INIZIO	INVIO BISOGNO	1 ■ 2 ■ 3 ■							
VALUTAZIONE DAL PUNTO DI VISTA DEL SOGGETTO	1	MOBILITA PROPRIE COMPETENZE PER LA COMPrensIONE E SCELTA								
VALUTAZIONE CLINICA STADIAZIONE + VALUTAZIONE CULTURALE*	2	GESTIONE FASI NATURALI MALATTIA + GESTIONE FASI CLINICHE								
TRATTAMENTO EDUCATIVO + FARMACOLOGICO CH E POST CH	3	MOBILITA PROPRIE COMPETENZE + INTERVENTO CHIRURGICO					3.1			
VALUTAZIONE ONCOLOGICA	4	STESURA PIANO TERAPEUTICO STABILIZZAZIONE					1.1			
DIMENSIONE RELAZIONALE TELEFONICA	5	SEGUIRE I P. PROGR. RAFFORZARE IL SUPPORTO EDUC. VERSO L'AUTO CURA								
USCITA		COLLABORAZIONE CON								1 2 3 3.1

**DIAGRAMMA SERVIZIO ACCOGLIENZA PERSONA CANCRO MAMMELLA
PERCORSO ROSSO 1**





Guida all'uso della Griglia di Hellmann

Per indagare il modello esplicativo del malato riguardo alla propria situazione, può essere utile rifarsi a una serie di domande che hanno lo scopo di porre al centro della nostra attenzione il “mondo di vita” del malato. In effetti, si tratta di cogliere l'invito della corrente interpretativa dell'antropologia medica alla narrazione della malattia da parte dello stesso paziente, e più in generale, a considerare la malattia e l'assistenza come realtà culturalmente costituite.

Strumento informativo: Griglia di Helman per l'individuazione del modello esplicativo della malattia secondo il paziente.

COSA E' ACCADUTO?	Include la descrizione dei sintomi e il conferimento a essi di un nome
PERCHE' E' ACCADUTO?	Prevede l'esplicitazione dell'eziologia e l'interpretazione causale del male anche di tipo naturalistico
PERCHE' E' ACCADUTO A LEI?	Indaga il legame della malattia con aspetti del comportamento, della dieta, dell'igiene, o della personalità del paziente.
PERCHE' ORA?	Pone in relazione la temporalità della malattia ed il suo calarsi negli eventi, le sue modalità d'inizio improvviso o lento
QUALI SONO LE SUE CONSEGUENZE?	Prevede la descrizione del funzionamento della malattia, inclusi i principali problemi che causa al paziente
CHE COSA ACCADREBBE SE NON SI FACESSE NULLA?	Esplicita il probabile decorso della patologia, inclusi risultati, prognosi e pericoli
CHE COSA SI DOVREBBE FARE SECONDO LEI?	esplicita le differenti strategie terapeutiche che si potrebbero intraprendere, includendo le pratiche di self-care e le terapie alternative

FONTE MODIFICATA DA GC Helman, "Disease versus ilnes in Genearal Practice, in jurnal of the Royal College of General Practitioner", 1981



Griglia di Hellmann

Data _____

Nome operatore _____

Generalità
utente _____

COSA E' ACCADUTO?	
PERCHE' E' ACCADUTO?	
PERCHE' E' ACCADUTO A LEI?	
PERCHE' ORA?	
QUALI SONO LE SUE CONSEGUENZE?	
CHE COSA ACCADREBBE SE NON SI FACESSE NULLA?	
CHE COSA SI DOVREBBE FARE SECONDO LEI?	