|  |  |
| --- | --- |
|  | PROGETTOLA COSTRUZIONE SOCIALE DEGLI AMBIENTI DI CURA |
|  | **Il paziente e i suoi vissuti: strumenti per apprenderli** |

|  |
| --- |
|  |
| **Project Manager** **Milena RIZZO** **milena.rizzo@unisalento.it** |
| **380/5281304**  |

**Anagrafica di progetto**

|  |  |
| --- | --- |
| **Soggetto attuatore**  | Regione Puglia (Assessorato al Welfare – Organismo Regionale per la Formazione in Sanità) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ambito territoriale di riferimento**  | Regione Puglia  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ambito generale di intervento**  | Promozione della cittadinanza attiva, della tutela del diritto alla salute e della dignità della persona |

|  |  |
| --- | --- |
| **Localizzazione dell’intervento**  | Sono previste 3 edizioni, per complessive 204 ore di percorso formativo, da realizzarsi presso 1. Edizione - Asl Lecce-Brindisi-Taranto;
2. Edizione– Asl Bat – Foggia;
3. Edizione – Asl Bari
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Destinatari** | Tutte le categorie delle professioni sanitarie |

|  |  |
| --- | --- |
| **Periodo di realizzazione**  | Fine maggio – dicembre 2014 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Analisi di contesto** |  |
| * Gli ospedali sono una realtà in continua evoluzione. Non vi è dubbio che i processi di cambiamento abbiano avuto origine da una profonda rivisitazione dei concetti di “servizio pubblico” e di “paziente”. Sebbene, però, gli interventi del legislatore su questo versante abbiano raggiunto entità ragguardevoli, ci si rende conto, per altro verso, che affermare la salute come bene condiviso, rafforzando il concetto di coscienza collettiva della salute, non è operazione facile da realizzare. Importanti fattori di carattere epidemiologico e socio-culturale obbligano, nel breve termine, a un radicale ripensamento del rapporto medico-paziente che persegua l’obiettivo di porre quest’ultimo nelle condizioni di esercitare attivamente il proprio diritto alla salute e alla cura.
* La Sanità in Italia - non è fuori luogo sottolinearlo - mostra una situazione per certi versi particolare: a fronte di una medicina pubblica che, per *standards* scientifici e tecnologici, eguaglia con riconosciuto merito le prassi consolidate a livello internazionale, le strategie di settoree la formazione scontano un forte ritardo su alcune scelte etiche nelle quali condizionamenti politici, ideologici e religiosi hanno un forte influsso. Si aggiunga a ciò la mancanza di una sistematica considerazione, sotto il profilo legislativo e organizzativo, verso quegli aspetti che concernono *l’umanizzazione dell’assistenza*, punto cardine della presente proposta.
* Elevati livelli di professionalità degli operatori della sanità sono richiesti per far fronte a una popolazione di utenti estremamente eterogenea sotto il profilo della provenienza geografica e dell’estrazione culturale. I movimenti migratori diretti verso l’Italia si sono notevolmente intensificati nel periodo che va dai primi anni Ottanta a oggi. Sono circa 5milioni le persone con cittadinanza non italiana che vivono regolarmente sul territorio nazionale; di questi, riferisce l’Istituto Nazionale di Statistica, 96.131 (43.792 M – 52.339 F) risiedono, al primo gennaio 2013, in Puglia.In ragione dei cambiamenti socio-demografici avvenuti, insorge l’esigenza di chiarire due questioni chiave: la prima concerne l’opportunità di comprendere che le migrazioni hanno infranto quella omogeneità linguistica, culturale e identitaria sulla quale si era costruito lo Stato nazionale, producendo inevitabili trasformazioni anche nel settore della sanità. La seconda riguarda la possibilità di rielaborare il legame che intercorre tra immigrazione e welfare, in funzione della duplice veste - di consumatore e di produttore – che lo straniero assume. Per ciò che attiene il presente progetto, si è scelto di non entrare nel merito delle tematiche relative al massiccio ruolo degli immigrati nei settori dei servizi alle famiglie ma di sottolineare che l’immigrato, in quanto consumatore, subisce i condizionamenti imposti dalle barriere all’accesso alle cure (impreparazione del personale sanitario sotto il profilo della normativa vigente e delle trasformazioni in atto nel contesto socio-culturale nel quale le aziende ospedaliere operano, relazione inadeguata con la diversità, disagio linguistico, ecc.).
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Obiettivi specifici** |  |
| Nell’intento di formalizzare una proposta che si prefigga di cogliere al meglio tutte, o parte, delle criticità in precedenza esposte, si è inteso elaborare un percorso formativo, che persegue lo scopo di concorrere alla crescita culturale del *personale sanitario*, spesso abituato a un tipo di formazione che costruisce le motivazioni personali prevalentemente sulla volontà di rispondere ai bisogni dell’utente, con la sola competenza tecnica. Atteggiamento, questo, necessario ma non sufficiente, in quanto trascura i temi etici e relazionali.Si rende necessaria, al fine del recupero della dimensione antropologica della persona, la definizione di logiche gestionali appropriate da attuarsi attraverso il coinvolgimento attivo degli operatori e l’introduzione, nell’ambito del ciclo formativo, di alcune metodiche tratte dalle scienze umane. Detto in altri termini, occorre “umanizzare” la formazione, ovvero fornire a tutto il personale sanitario alcuni strumenti che consentano di relazionarsi con la malattia come vissuto e con la persona come soggetto unico e irripetibile nella sue peculiarità. Un simile atteggiamento richiede al curante di prestare attenzione alla persona malata nella sua globalità, interezza, unicità; tratti, questi ultimi, che inducono a trattarla in quanto prodotto delle sue relazioni sociali, culturali, economiche e familiari. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Obiettivi generali**  | * Progredire nel processo di umanizzazione della medicina, introducendo i partecipanti a contenuti didattici multidisciplinari, pensati allo scopo di riconsiderare le figure portanti della salute.
* Trasferire agli operatori della sanità gli strumenti di pensiero innovativo che consentano loro una nuova percezione di se stessi: non solo tecnici in grado, con il proprio talento e l’esperienza, di risolvere le problematiche di tipo medico e gestionale, ma anche agenti di cambiamento.
* Fornire le indicazioni e gli strumenti concettuali e operativi per migliorare la comprensione del vissuto di malattia e i processi di ricerca delle soluzioni ai problemi.
* Migliorare la relazione terapeutica *tout court,* con importanti benefici sia sul versante della qualità della comunicazione tra operatori di reparto, sia su quello dell’aderenza del paziente al percorso terapeutico.
* Realizzare la consapevolezza delle diversità attraverso le quali si declina, in diversi luoghi e momenti storici, l'approccio al problema salute-malattia-cura-guarigione.
* Prendere coscienza dei processi sociali e delle rappresentazioni simboliche per mezzo delle quali i fenomeni che attengono la salute e la cura vengono incorporati nei sistemi cognitivi.
* Pervenire a una globale percezione della persona del malato, indipendentemente dalla sua provenienza socio-culturale e geografica.
* Incrementare il coinvolgimento dei dirigenti di settore nel raggiungimento degli obiettivi aziendali e di unità operativa con conseguente motivazione del personale e una diffusa capacità ad avviare politiche del personale che valorizzino realmente il lavoro, le capacità e le competenze relazionali.
* Innescare una pressante influenza “a cascata” (ministero, assessorato, direzione strategica, dirigenza, operatori) sui temi trattati.
 |
|  |  |
|  |

**Schema riepilogativo didattica**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODULI DIDATTICI** | **DURATA (in ore)** | **Attrezzature e tecnologie didattiche** | **Materiali, sussidi, strumenti di lavoro** | **Metodologia** |
| **COMUNICARE PER PRODURRE** |
| Comunicare per produrre: la costruzione sociale dei luoghi di lavoro | 8 | Lavagna a fogli mobili, videoproiettore | Schede riassuntive, filmati, letteratura scientifica | Esercitazioni strutturate, autocasi ed esemplificazioni che coinvolgano attivamente i formandi; momenti di *feedback* sui risultati delle esercitazioni; brevi *input* concettuali che favoriscano l’acquisizione di conoscenze dichiarative, la condivisione di un linguaggio di base comune; momenti collettivi di discussione e confronto. |
| La creazione del gruppo/clima | 16 | Idem | Idem | Momenti di stimolo attraverso indagini d’aula; giochi di ruolo, case history e roleplaying; lavoro di riflessione e sperimentazione a livello individuale, di coppia e in piccoli gruppi; metodo della narrazione. |
|  **IL PROCESSO DI UMANIZZAZIONE DELLE CURE** |
| L’antropologia medica | 8 | Idem | Sperimentazioni realizzate in altre realtà, letteratura di riferimento, questionari, articoli su stampa. Materiale di studio per approfondimenti tematici | Data la natura e la collocazione disciplinare dei contenuti, la metodologia didattica si pone l’obiettivo di valorizzare la dimensione seminariale e cooperativa, cercando di rendere quanto più possibile ampio e critico il confronto con i punti di vista e l’esperienza professionale dei partecipanti.  |
| Le MedicalHumanities | 16 |
| Immigrazione e sanità | 16 |