

# B-SANITÀ

## LA RELAZIONE TRA UMANIZZAZIONE E SICUREZZA IN RSA

*INNOVAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE: "IL SISTEMA PHOENIX 5.0 DI SIGERIS"*

3 ottobre 2025 - dalle ore 9:00

**Hotel Salsello**

Via Vito Siciliani, 42 Bisceglie (BT)

**IN COLLABORAZIONE CON**

**SI**  
**Ge**  
**RIS** | Società Italiana  
Gestori del  
Rischio In Sanità

 **CENTRO**  
**ANZIANI**  
**STORELLI**

20  
25

# KAORU ISHIKAWA

**“Analizza i fatti a parla con i dati”**

**Kaoru Ishikawa (1916-1989)**



SI | Società Italiana  
Ge | Gestori del  
RIS | Rischio In Sanità

# RSA

## RUOLO CENTRALE PER IL TERRITORIO

### La **Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**

è una struttura sociosanitaria residenziale dedicata ad anziani non autosufficienti, ma anche ad adulti disabili, che necessitano di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa a tempo pieno.



# RSA

## RUOLO CENTRALE PER IL TERRITORIO

La stima approssimativa, è che in Italia ci siano oggi 3.300 RSA con, in totale, circa 300 mila posti letto dedicati agli anziani, con una maggiore concentrazione al Nord rispetto al Sud. I dati Istat, in particolare, risalenti al 2017 (ultimo aggiornamento disponibile), mostrano che il 58% degli ospiti ha più di 85 anni, motivo per il quale il 79% delle persone accolte risulta essere non autosufficiente.



# RSA

## RUOLO CENTRALE PER IL TERRITORIO

### La **Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**

è una struttura sociosanitaria residenziale dedicata ad anziani non autosufficienti, ma anche ad adulti disabili, che necessitano di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa a tempo pieno.



# RSA

## RUOLO CENTRALE PER IL TERRITORIO

La definizione più completa sembra essere quella riportata dal D.P.R. 14/01/1997 secondo cui, “le RSA sono dei presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili al domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera modulato sulla base del modello assistenziale adottate dalle regioni e province autonome”.



# RSA come strutture cruciali

## RUOLO CENTRALE PER IL TERRITORIO

- Tutela sanitaria
- Qualità della vita
- Livello assistenziale
- Intervento relazionale
- Umanizzazione



# RSA come strutture cruciali

## RUOLO CENTRALE PER IL TERRITORIO

- Approccio olistico alla persona
- Requisiti di assistenza codificati come standard
- Sulla base di criteri condivisi



# RSA come strutture cruciali

## RUOLO CENTRALE PER IL TERRITORIO

“Prendersi cura” è diverso da “cura”: il curare si lega ad un modello di intervento clinico in cui prevale il lato organico, il prendersi cura fa riferimento ad una visione globale della persona, ed ai suoi bisogni organici, psicologici, relazionali ed emotivi.



# RSA come strutture cruciali

## RUOLO CENTRALE PER IL TERRITORIO

Quale tipo di assistenza viene oggi erogata nelle Rsa? La componente sanitaria è quella prevalente? I dati sul mix professionale delle strutture e alcune analisi sugli standard previsti dalle normative regionali fotografano un assetto tale per cui, sul totale degli organici, **le figure sanitarie sono presenti ma con un peso limitato (l'incidenza degli infermieri è inferiore al 20% e, il totale dei professionisti sanitari non arriva al 25%),** con una netta prevalenza delle figure socio-assistenziali .

Le difficoltà nel reperimento di personale non incoraggiano l'adeguamento degli organici alle caratteristiche dell'utenza. La recente riforma dell'assistenza agli anziani ha operato a risorse invariate, non consentendo l'adeguamento degli standard alla sempre maggiore compromissione degli ospiti delle residenze e senza introdurre strumenti per migliorare l'attrattività del lavoro in questo settore.

# RSA come strutture cruciali

## RUOLO CENTRALE PER IL TERRITORIO

**Nel settore sociosanitario, rispetto ad altri contesti, prevale il fattore umano che è al contempo risorsa e criticità.**

Infatti, se da una parte l'adattabilità dei comportamenti, la dinamicità e la complessità delle relazioni interpersonali, sono prerogative fondamentali delle risorse umane all'interno dell'organizzazione, dall'altra esse costituiscono allo stesso tempo fattore critico perché le dinamiche di lavoro sono complesse, la performance individuale è variabile e soprattutto i risultati dei processi non sempre sono prevedibili e riproducibili.



- BMJ Quality & Safety (June 2024 )
- 18 milioni all'anno gli incidenti sanitari /eventi avversi (2019), nel 1990 11 milioni
- Aumento del 59% dal 1990 al 2019 ( più della crescita della popolazione pari al 45 %)
- Anziani più colpiti ( 65-69 anni )
- I danni sono più frequenti ove l'erogazione di assistenza sanitaria è maggiore
- Tasso di incidenza complessivo pari 823 su 100000 nel 2019
- Tra le persone anziane sono i farmaci la causa principale di questi danni a causa dell'età che influenza il metabolismo e la eliminazione dei farmaci , il fatto di assumere contemporaneamente più terapie, le patologie coesistenti e i cali delle funzioni cognitive e funzionali che comportano il rischio di errori di assunzione

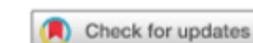
# Global, regional and national time trends in incidence of adverse effects of medical treatment, 1990–2019: an age–period–cohort analysis from the Global Burden of Disease 2019 study

Liangquan Lin 

► Additional supplemental material is published online only. To view, please visit the journal online (<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2023-016971>).

**Correspondence to** Liangquan Lin, School of Marxism School of Humanities and Social Sciences, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing, China; [1171437236@qq.com](mailto:1171437236@qq.com)

Received 29 November 2023  
Accepted 1 May 2024



© Author(s) (or their employer(s)) 2024. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

**To cite:** Lin L, *BMJ Qual Saf* Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/bmjqs-2023-016971

## ABSTRACT

**Background** Current adverse effects of medical treatment (AEMT) incidence estimates rely on limited record reviews and underreporting surveillance systems. This study evaluated global and national longitudinal patterns in AEMT incidence from 1990 to 2019 using the Global Burden of Disease (GBD) framework. **Methods** AEMT was defined as harm resulting from a procedure, treatment or other contact with the healthcare system. The overall crude incidence rate, age-standardised incidence rate and their changes over time were analysed to evaluate temporal trends. Data were stratified by sociodemographic index (SDI) quintiles, age groups and sex to address heterogeneity across and within nations. An age–period–cohort model framework was used to differentiate the contributions of age, period and cohort effects on AEMT incidence changes. The model estimated overall and age-specific annual percentage changes in incidence rates.

**Findings** Although the global population increased 44.6% from 1990 to 2019, AEMT incidents rose faster by 59.3%. The net drift in the global incidence rate was 0.631% per year. The proportion of all cases accounted for by older adults and the incidence rate among older adults increased globally. The high SDI region had much higher and increasing incidence rates versus declining rates in lower SDI regions. The age effects showed that in the high SDI region, the incidence rate is higher among older adults. Globally, the period effect showed a rising incidence of risk after 2002. Lower SDI regions exhibited a significant increase in incidence risk after 2012. Globally, the cohort effect showed a continually increasing incidence risk across sequential birth cohorts from 1900 to 1950.

**Conclusion** As the global population ageing intensifies alongside the increasing quantity of healthcare services provided, measures need to be taken to address the continuously rising burden of AEMT among the older population.

## INTRODUCTION

Adverse effects of medical treatment (AEMT) and patient safety have become pressing public health concerns worldwide. AEMT refers to any harm resulting

## WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

⇒ Traditional methods for estimating adverse events from medical treatment (AEMT) incidence rates have limitations, such as under-reporting and low sensitivity, with scarce information from low-income and developing countries. Directly comparing cross-sectional estimates of AEMT incidence rates between countries in early studies is prone to problems arising from heterogeneous data sources or inherent risks within each country's healthcare delivery system.

## WHAT THIS STUDY ADDS

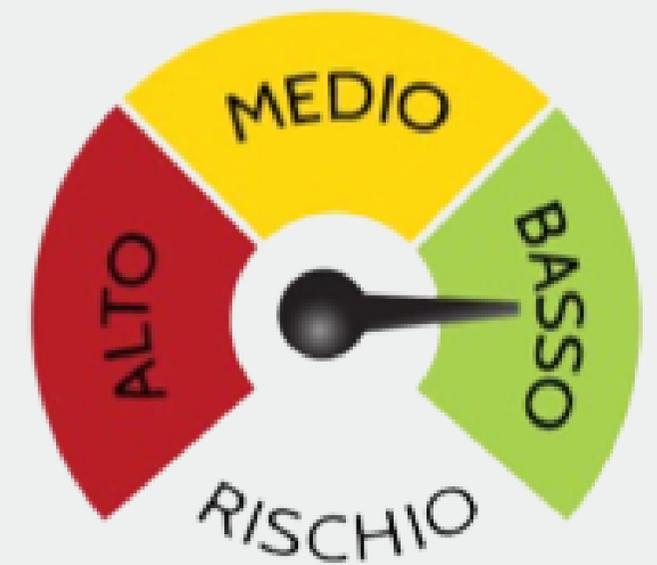
⇒ This study uses a systematic, globally consistent method to accurately quantify AEMT incidence rates, addressing heterogeneity using sociodemographic index, age and sex, and using an age–period–cohort model framework to differentiate the contributions of age, period and cohort effects on AEMT incidence rate changes.

## HOW THIS STUDY MIGHT AFFECT RESEARCH, PRACTICE OR POLICY

⇒ This study identifies high-risk subgroups and time intervals among the 204 nations, providing information for prioritising resources and implementing targeted preventive strategies for AEMT, and emphasises the importance of enhancing optimising geriatric medical management to reduce iatrogenic harm.

# Principali rischi

- I principali rischi correlati al settore socio-sanitario sono rappresentati da:
- Infezioni correlate all'assistenza
- Lesioni da pressione
- Cadute
- Gestione della disfagia
- Gestione della terapia farmacologica

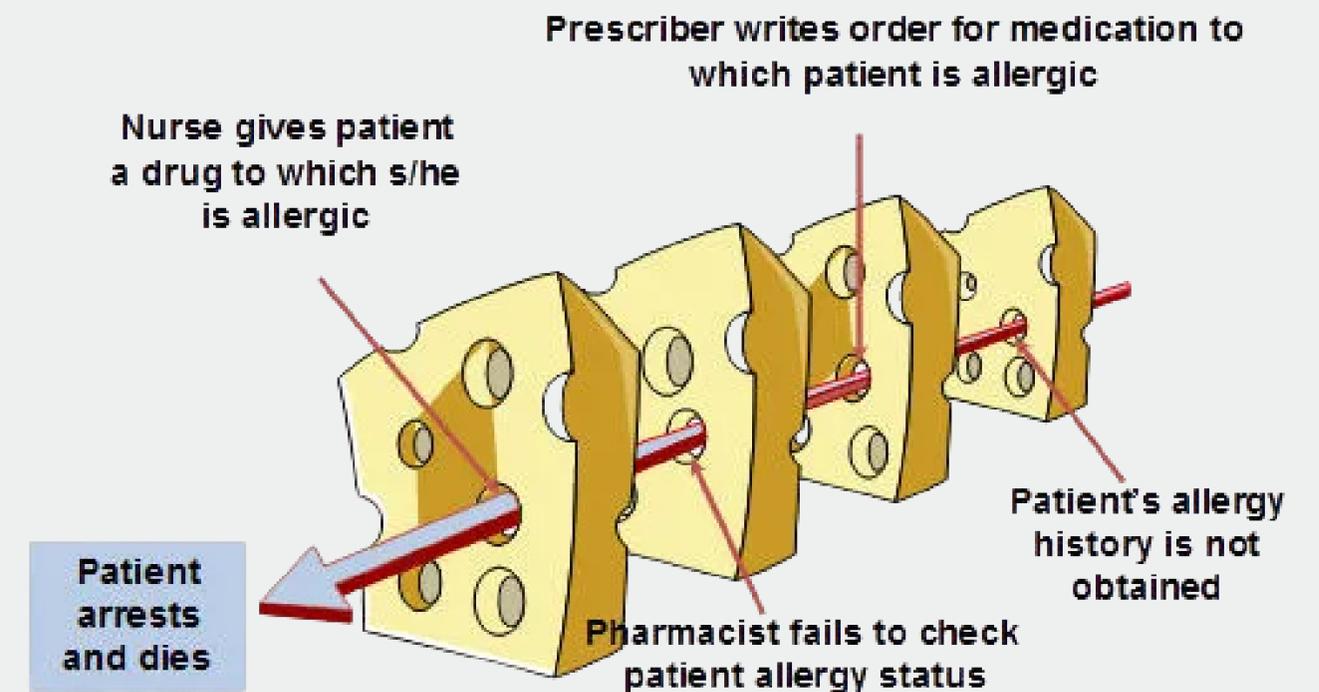


- Malnutrizione e disidratazione
- Rischio da contenzione fisica
- Allontanamento del paziente dalla struttura o al suo interno
- Trauma da movimentazione
- Abusi e malpratiche assistenziali su soggetti anziani

# Eventi avversi nelle RSA

- Cadute
- Errori nella farmacoterapia
- ICA
- Lesioni da pressione
- Cure infermieristiche mancate
- Interventi ritardati o inappropriati

- Tra il 50 e il 75% dei pazienti in casa di riposo cade ogni anno
- Fattori contribuenti: carenza di formazione/aggiornamento del personale, incompletezza o mancanza di documentazione, fallimento del lavoro di squadra, comunicazione inadeguata



## **Categorie generali**

<b>Errore di commissione</b>	<b>Questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti all'esecuzione d'atti medici od assistenziali non dovuti o praticati in modo scorretto</b>
<b>Errore di omissione</b>	<b>Questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti alla mancata esecuzione d'atti medici ed assistenziali, ritenuti, in base alle conoscenze e all'esperienza professionale, necessari per la cura del paziente</b>
<b>Categorie per tipo di errore</b>	
<b>Errore umano (errori attivi o latenti)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• slips</li><li>• lapses</li><li>• mistakes</li></ul>
<b>Violazioni</b>	<b>Deviazioni da procedure operative sicure, standard o regole</b>
<b>Errori organizzativi</b>	<b>Questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti all'organizzazione del lavoro, alla pianificazione delle gestione delle emergenze, alla disponibilità ed accessibilità d'apparecchiature sanitarie e/o di supporto</b>

# IL RISCHIO (CLINICO) COME VALORE

- IL RISCHIO COME MATRICE ESPERIENZIALE
- L'ASSUNZIONE DEL RISCHIO (RESPONSABILE)  
COME CATEGORIA MORALE
- RISCHIO E ASSICURAZIONE



# Il Rischio sanitario

1. Errore umano-skill
2. Carenze strutturali e tecnologiche
3. Disfunzioni organizzative: tra cui la non applicazione o mancanza di LG e BP appropriate ai nuovi bisogni di salute
4. Scarsità di risorse finanziarie: tipicamente riduzioni di spesa o mancati finanziamenti alla sanità
5. Dis - UMANIZZAZIONE

# Strategie Sistemiche multiprofessionali e multidimensionali

1. Standardizzazione e semplificazione dei compiti e dei processi
2. Formazione dei professionisti (non technical skills )
3. Sistemi automatizzati di controllo
4. Segnalazione non punitiva degli incidenti



# UMANIZZAZIONE

L'Umanizzazione 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".

# Emanuel (1992, New E.J. of Med.) ha stigmatizzato puntualmente questo viraggio, individuando 4 modelli di approccio al paziente

<b>Mod. paternalistico</b>	→ Da responsabile	<b>È inutile sottolineare che l'optimum coincide con l'integrazione di questi 4 approcci</b>
<b>Mod. informativo</b>	→ Da tecnico	
<b>Mod. interpretativo</b>	→ Da consigliere	
<b>Mod. deliberativo</b>	→ Da aiutante nell'individuare le adeguate opzioni diagnostiche e terapeutiche	

# Comunicazione verbale e non verbale

- Luogo accogliente
- Mi presento e chiedo se desidera la presenza di familiari
- Informo in modo chiaro e non tecnico ed eventualmente consegno materiale informativo
- Ascolto
- Chiedo per verificare
- Ripeto
- Registro in cartella
- Disponibilità a reperibilità
- Eventuale altro colloquio

# INFORMARE - COMUNICARE

## I codici deontologici

« le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste, devono essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti senza escludere elementi di speranza. La volontà del paziente liberamente e attualmente espressa deve informare il comportamento del medico entro i limiti di potestà dignità libertà professionale»

«Spetta ai **responsabili delle strutture** di ricovero stabilire le modalità organizzative ....»

Codice deontologico **1995**

# INFORMARE - COMUNICARE

## I codici deontologici

Art. 20:» La **relazione** tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando **il tempo della comunicazione quale tempo di cura.**» Codice deontologico **2014**

3. Ogni persona **ha il diritto di conoscere** le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

8. **Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.**

# INFORMARE - COMUNICARE

## I codici deontologici

«il medico ha il dovere di dare al paziente tenendo conto del suo livello di cultura e delle sue capacità di discernimento, la più serena informazione sulla diagnosi, la prognosi, ..nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche e nel rispetto dei diritti della persona al fine di promuovere la miglior adesione alle proposte terapeutiche..»

«Il medico potrà valutare segnatamente in rapporto con la reattività del paziente **l'opportunità di non rivelare** al malato o di attenuare una prognosi infausta nel qual caso essa dovrà essere comunicata ai congiunti» Codice deontologico Medici **1985**

# La Famiglia

La maggior parte dei parenti ti prende da parte e con fare minaccioso ti dice:  
«Dottore non avrà mica intenzione di dirgli la verità?! Sappia che noi familiari non siamo d'accordo»

In questi casi se il medico accetta l'imposizione dei familiari si instaura la **congiura del silenzio**

La persona malata viene protetta dalla verità e tenuta all'oscuro o ingannata rispetto alle sue reali condizioni

(Dal libro di Paolo Vacondio medico palliativista «Sediamoci qui» )

# Organizzazione - Art. 1 comma 9

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie **modalità organizzative** la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

(Art 1 comma 9)

A volte si assiste al paradosso di **congiure del silenzio** sostenute contemporaneamente sia dal paziente che dai familiari.

Pensiamo davvero possibile evitare che io sappia di essere un malato molto grave mentre un tumore si diffonde alle varie parti del mio corpo? Il corpo è il nostro primo messaggero. Chi può proteggerci dal suo linguaggio? Le conseguenze devastanti di una terapia oncologica non comunicano forse che la situazione è molto grave?

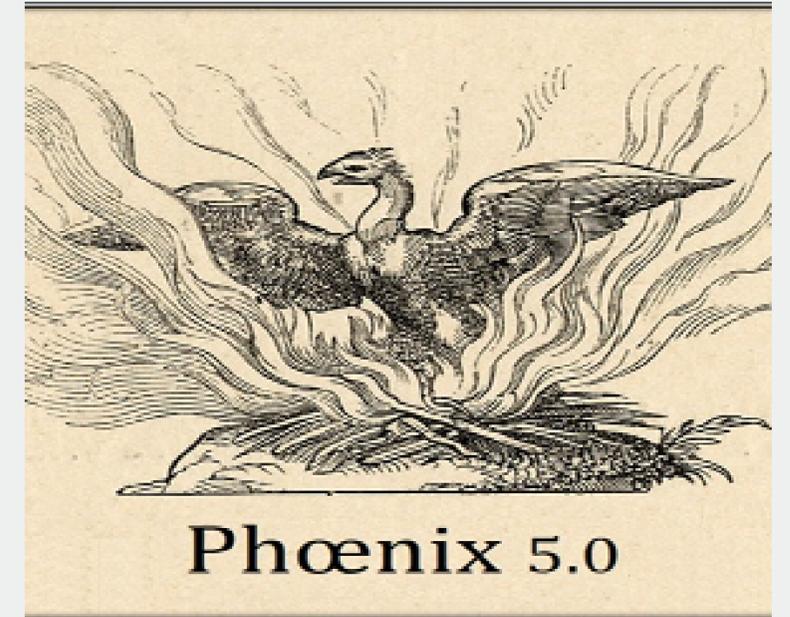
Riflettiamo sulla distanza relazionale generata dal segreto, pensiamo al caso di persone così intime e legate (moglie e marito, genitori e figli) che hanno condiviso tutto per una vita e poi, in queste ultime fasi, si ritrovano distanti, si negano la possibilità di condividere quest'ultimo tempo che la vita concede loro [...] in assenza di consapevolezza non abbiamo la possibilità di innescare alcun tipo di riflessione, non potrebbero esistere testamenti spirituali. Il non sapere ci impedisce di lasciare ai nostri cari un ultimo messaggio qualcosa che continui a parlare di noi.

# Organizzazione

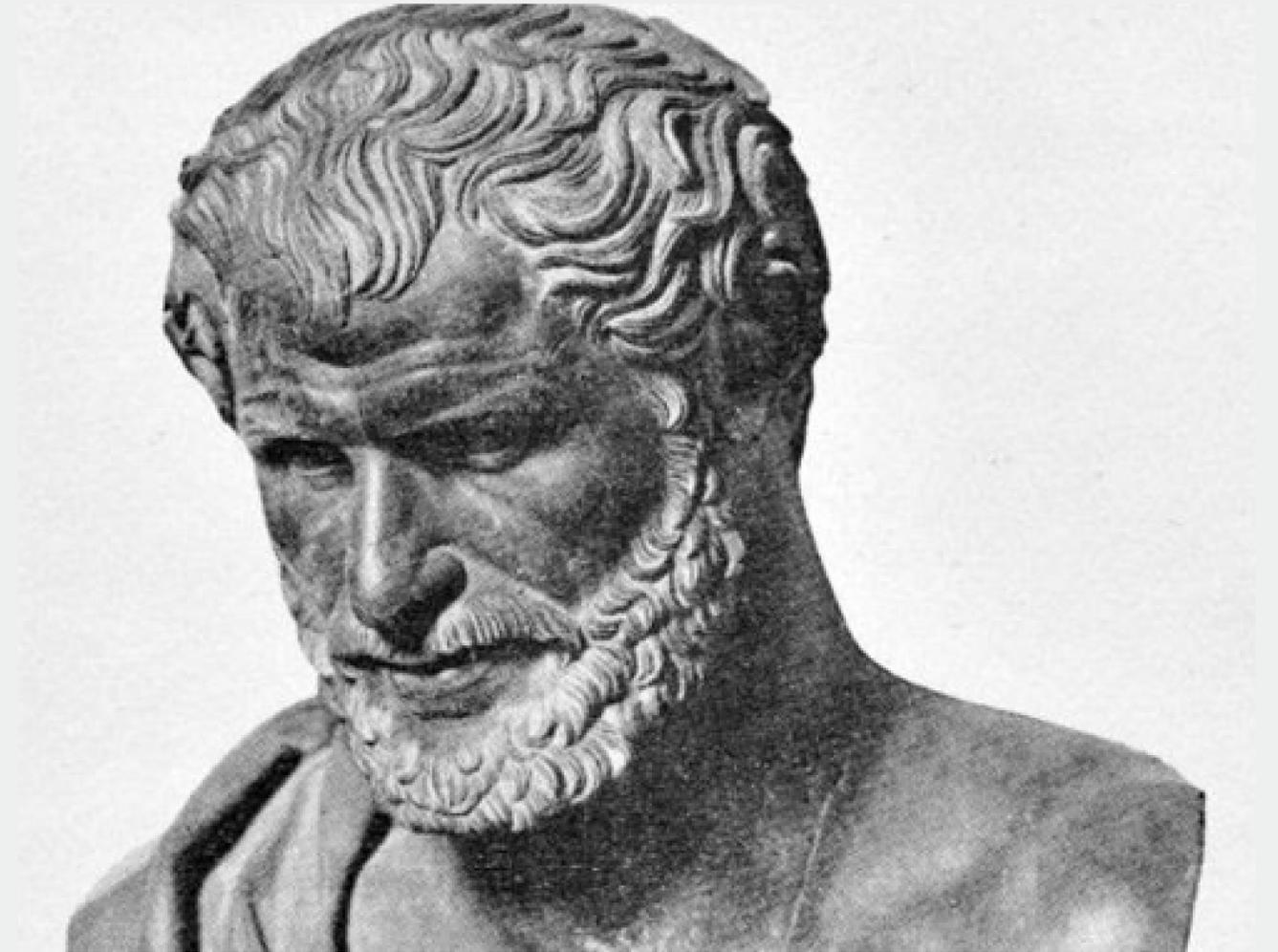
10. “La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di **comunicazione** con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.”

# Uomo generatore di errori

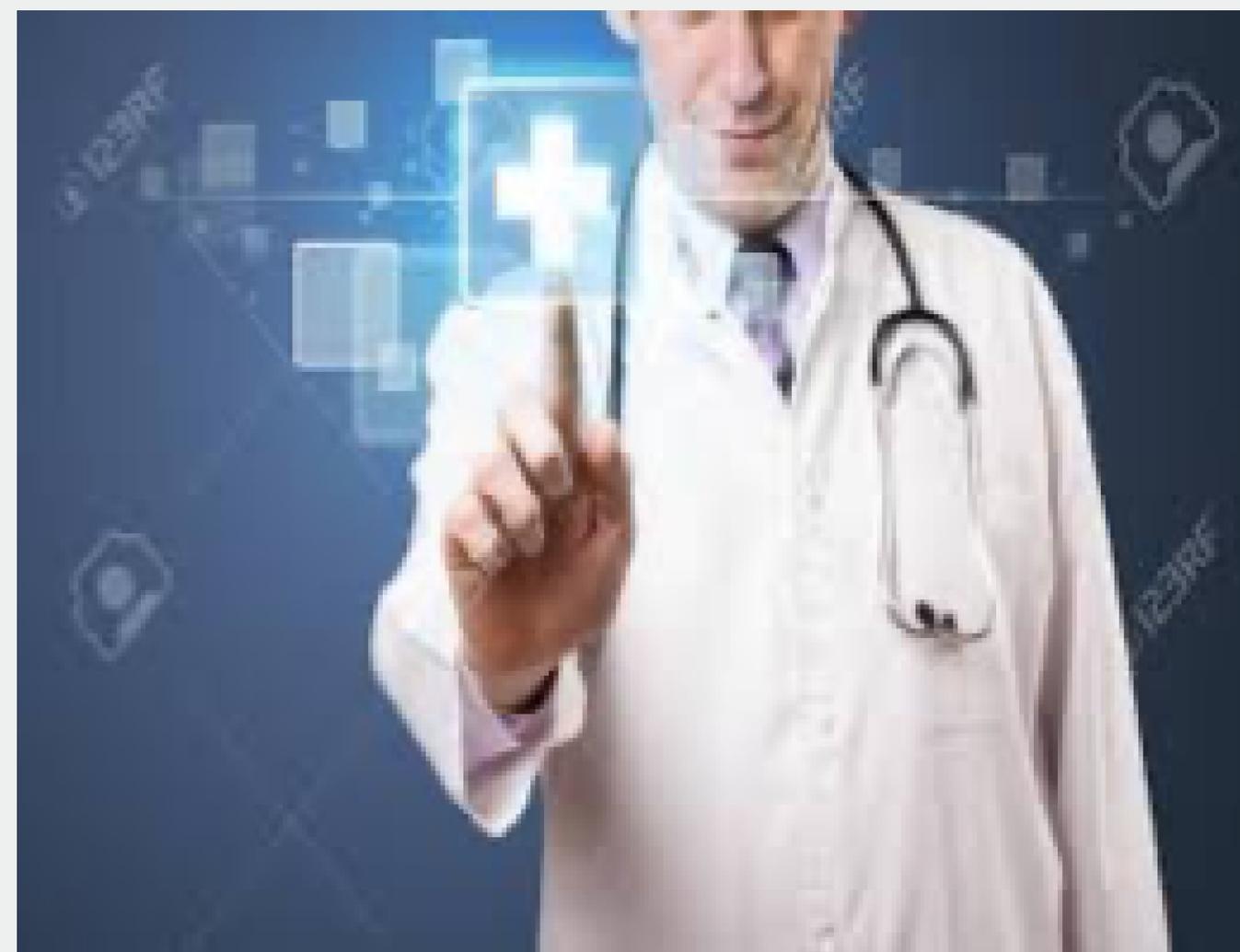
- L'errore come apprendimento e miglioramento
- Impariamo dai nostri errori
- Competenze professionali e soft skill



**"Non c'è nulla di  
immutabile,  
tranne l'esigenza di  
cambiare"**

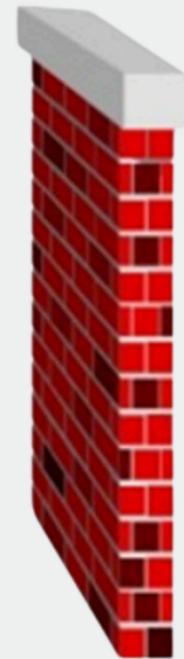


**"Eraclito di Efeso"; Efeso, 535 a.C. – Efeso, 475 a.C.**

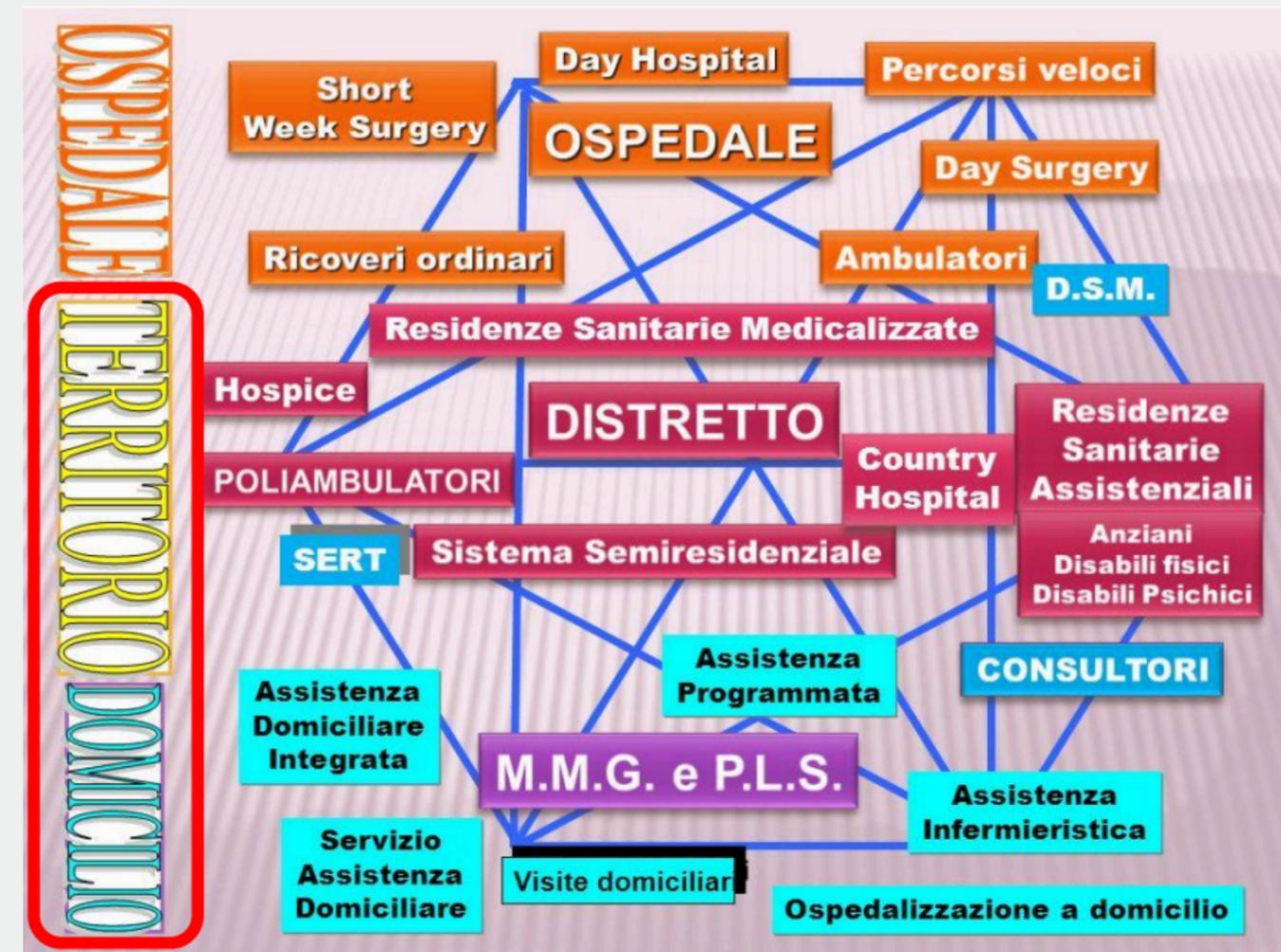
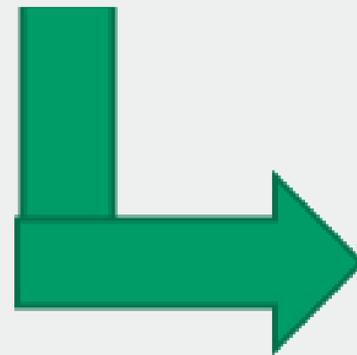


# Il mondo cambia

Ospedale



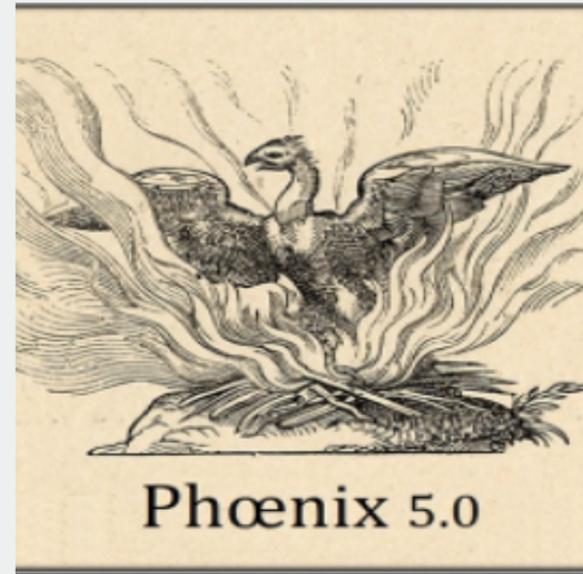
Territorio



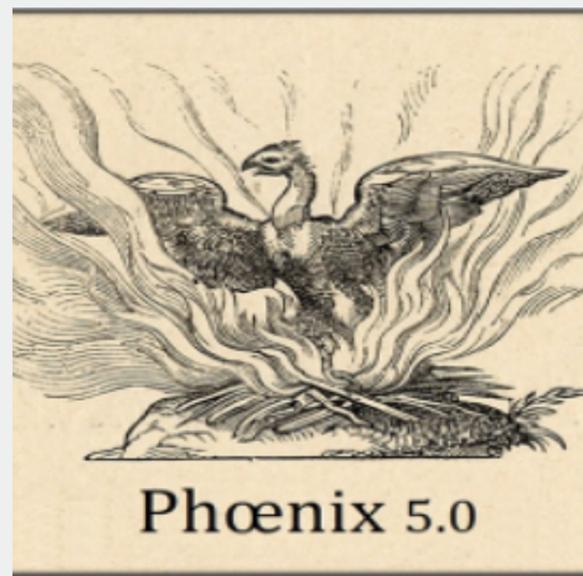
# L'assistenza territoriale a una svolta: la stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio -assistenziali

1. Centrata su progetto di salute: età, condizioni, bisogni
2. Persona in salute
3. Complessità assistenziale minima
4. Cronicità iniziale
5. Policronicità
6. Multimorbilità con limitazioni funzionali
7. Fase terminale



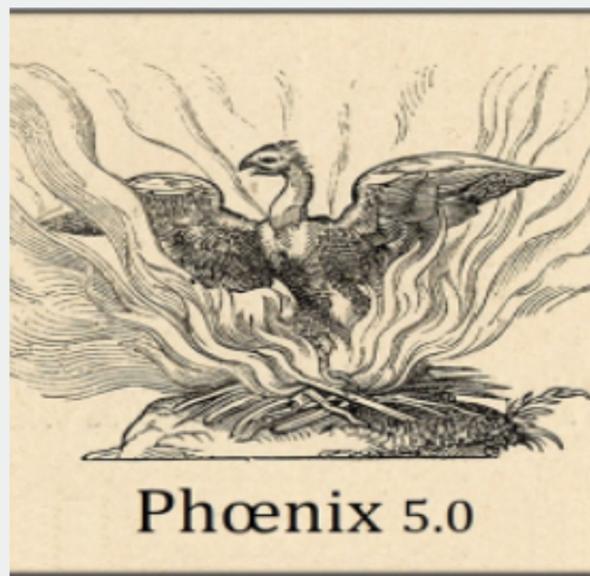


Il **modello biopsicosociale** è una strategia di approccio alla persona, che attribuisce il risultato della **malattia**, così come della **salute**, all'interazione intricata e variabile di fattori **biologici** (genetici, biochimici, ecc.), fattori **psicologici** (umore, personalità, comportamento ecc.) e fattori **sociali** (culturali, familiari, socioeconomici , ecc.)].



*Engel diceva che la crisi della medicina deriva dalla inferenza logica che definisce la malattia solo in termini di parametri somatici in questo modo i medici non sarebbero tenuti ad occuparsi delle istanze psicosociali in quanto non ricadenti nella responsabilità e nell'autorità della medicina.*

*E allora ?*

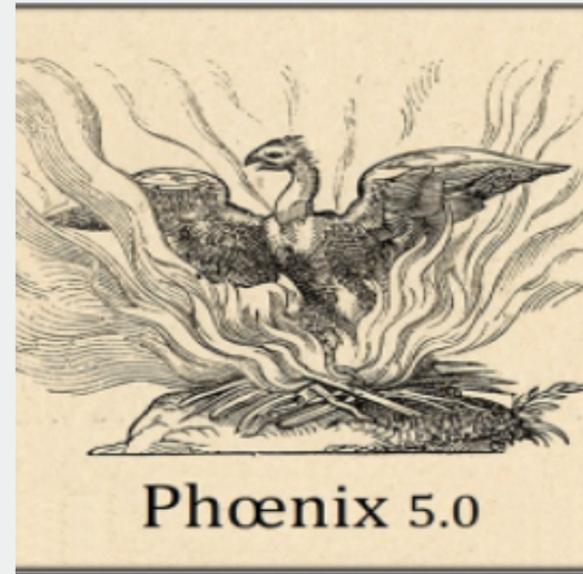


**Tabella 1.** Metodi e strumenti dell'approccio bio-psico-sociale

Metodo	Tappe operative	Strumenti	Finalità
Clinico-assistenziale-organizzativo	Assessment dei bisogni	ICF	Quadro completo dello stato di salute del paziente e del suo ambiente di vita
	Stesura del piano assistenziale individuale (PAI)	Scheda PAI	Quadro completo degli interventi di cura e assistenza e dei relativi operatori
	Organizzazione del percorso di cura e assistenza	Procedure organizzative	Continuità delle cure nella rete dei servizi
	Monitoraggio del paziente	Esame obiettivo, esami strumentali e di laboratorio	Controllo dello stato di salute e rilevazione di situazioni critiche
	Verifiche periodiche di appropriatezza del PAI	ICF	Ridefinizione degli interventi di cura e assistenza ai mutati bisogni

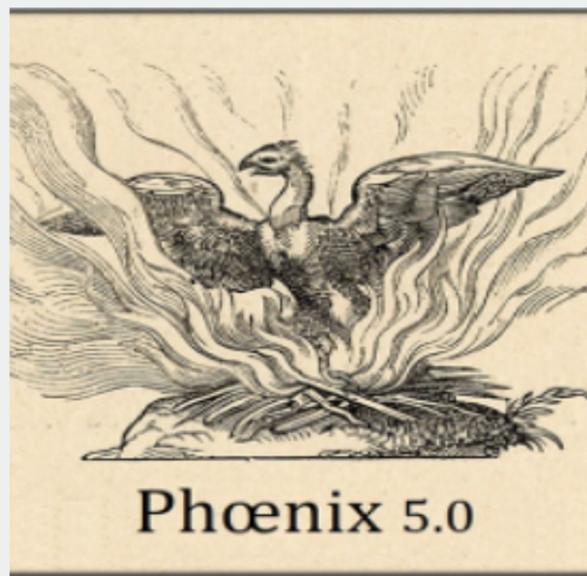
**Tabella 2.** Visione d'insieme dell'ICF. Esempi riferiti a paziente con miocardiopatia dilatativa (F, anni 65)

Componenti della salute	Aspetti negativi	Esempi	Aspetti positivi	Esempi
<b>Funzioni e strutture del corpo</b>	Menomazioni funzionali e strutturali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Funzione respiratoria:</i> dispnea a riposo</li> <li>• <i>Tolleranza all'esercizio:</i> affaticabilità a minimi sforzi</li> <li>• <i>Funzione cardiocircolatoria:</i> insufficienza, edemi, sofferenza coronarica</li> <li>• <i>Funzione urinaria:</i> ritenzione urinaria</li> </ul>	Integrità funzionale e strutturale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Funzione mentale:</i> stato cognitivo ed emozionale integri</li> </ul>
<b>Attività e partecipazione</b>	Limitazioni di attività e partecipazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mobilità:</i> impossibilità a fare le scale e percorsi lunghi</li> <li>• <i>Cura della persona:</i> difficoltà nelle attività giornaliere</li> <li>• <i>Vita domestica:</i> difficoltà nei lavori di casa</li> </ul>	Conservazione di attività e partecipazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Apprendimento e applicazione conoscenze:</i> capacità di apprendere l'uso di ausili (carrozzina elettrica)</li> <li>• <i>Relazioni interpersonali e vita sociale:</i> mantenimento delle relazioni</li> </ul>
<b>Fattori ambientali:</b>	Barriere ambientali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Abitazione:</i> su 2 piani con scale interne</li> <li>• <i>Nucleo familiare:</i> paziente sola</li> </ul>	Facilitatori ambientali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Abitazione:</i> casa di proprietà</li> <li>• <i>Reddito:</i> buono</li> <li>• <i>Atteggiamenti esterni:</i> esistenza di amici</li> <li>• <i>Servizi, prodotti:</i> servizio territoriale Assistenza Domiciliare Integrata, ausili in prontuario</li> </ul>
<b>Fattori personali:</b> (cultura, carattere, credenze)	Barriere personali		Facilitatori personali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fiducia e ottimismo</i></li> <li>• <i>Valori religiosi</i></li> </ul>



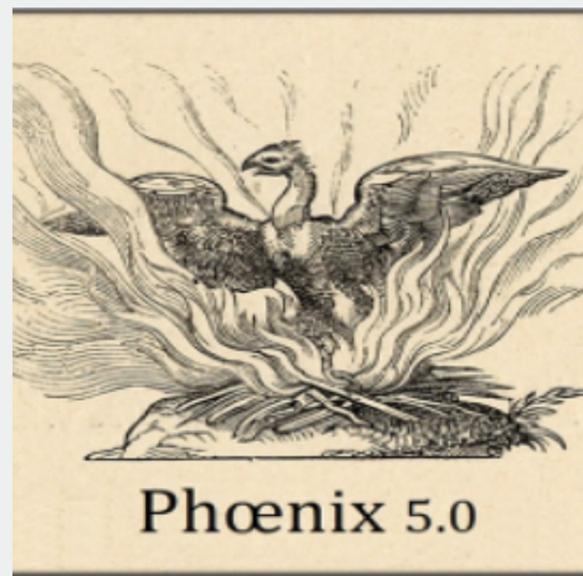
**Hard skill:** competenze tecniche acquisibili negli studi , nell'esperienza lavorativa.

**Soft Skill:** competenze trasversali , non tangibili , non tecniche ,specifiche che caratterizzano la personalità dell'individuo , abilità espresse nell'atteggiamento e comportamenti, (da Sean e Tobin –modificata )



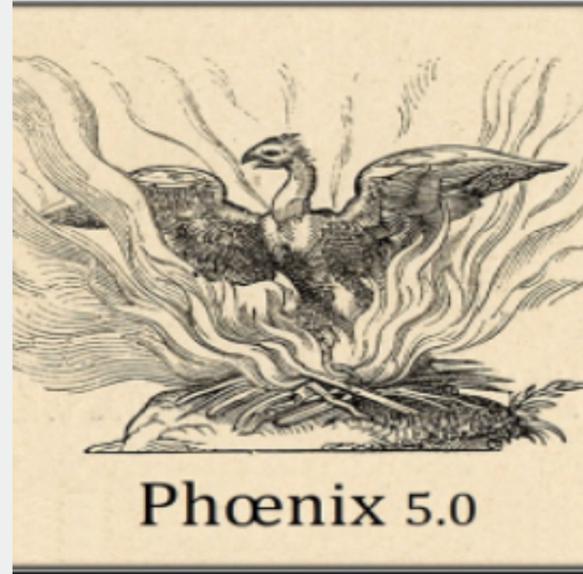
## Decalogo diritti del malato: fond.Veronesi2014

- Cure scientificamente valide
- Cure sollecite
- Possibilità di una seconda opinione
- La Privacy
- Conoscere la verità sulla malattia
- Essere informato sulle terapie
- Rifiutare le cure
- Esprimere volontà anticipate
- Non soffrire
- Rispetto e dignità



Una combinazione di abilità interpersonali e sociali che si identificano con l'intelligenza emotiva ;autoconsapevolezza, autoregolazione , motivazione , empatia e abilità sociali ( Wisker e Polis , Goleman ).

Watts ritiene che le HS contribuiscano al successo dei professional solo per il 20 % , mentre le SK per l'80%.



La persona al centro della cura: integrazione tra modello bio-medico e modello relazionale.

Essere educati all'ascolto, partecipe, attento e mai giudicante

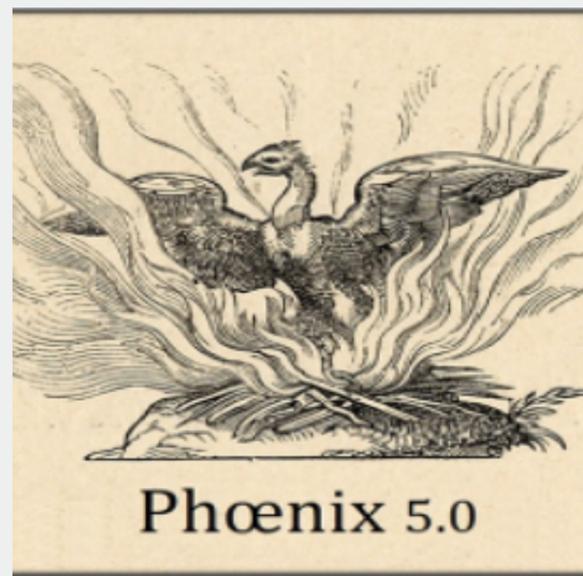
Il tema dell'abbandono

Prendersi cura della persona fino alla fine



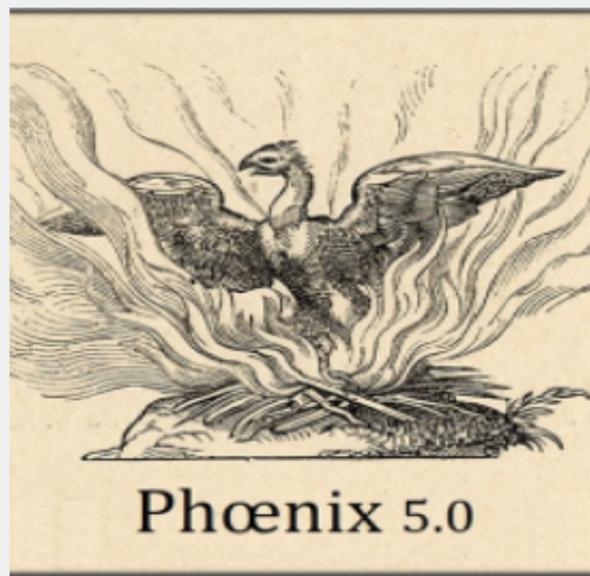
## SOFT SKILL: ABILITÀ TRASVERSALI NON TECNICHE

- Intelligenza emotiva
- Autoconsapevolezza, autoregolazione, motivazione , empatia,abilità sociali
- Goleman identifica le Soft skill con l'intelligenza emotiva.



### **La qualità della relazione medico e paziente:**

- La gestione delle malattie croniche
- L'aumento dell'incidenza delle malattie gravi
- La cura dei pazienti in terapia intensiva
- La presa in carico delle famiglie
- L'allungamento della aspettativa di vita
- Portano a cambiamenti nella pratica medica

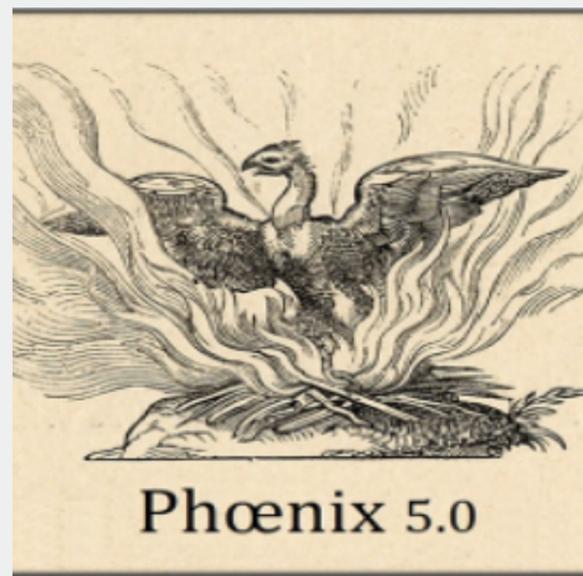


Modello dominante è il modello biomedico tarato sulla malattia.

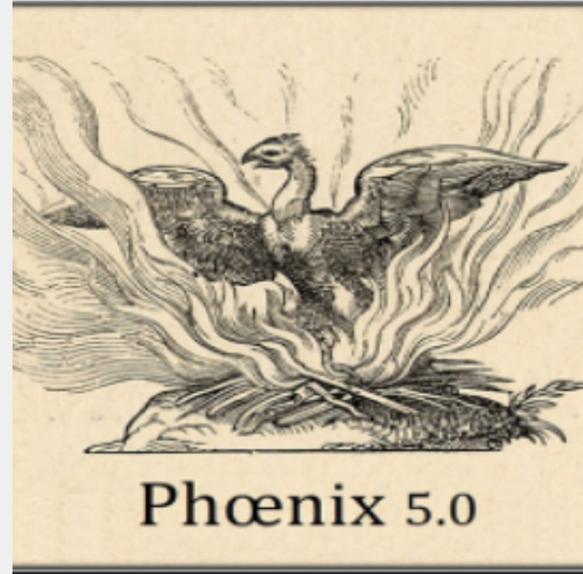
Si basa su evidenze scientifiche biologiche ben collaudate, sull'oggettività clinica e risponde a precisi protocolli.

Ma è un modello non sempre sufficiente trascura gli aspetti relazionali , psicologici ,comportamentali e culturali della cura.

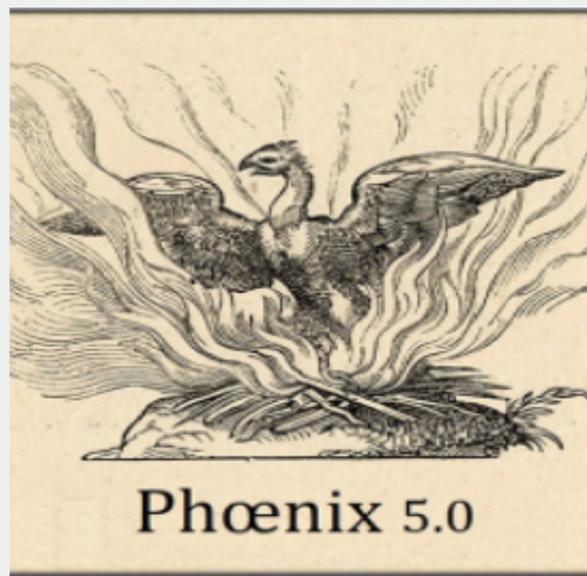
La persona è relazione, tempo da dedicare, spazio da concedere.



Quando si fa una diagnosi di malattia , questa non si traduce esclusivamente in una terapia da seguire, essa provoca una rottura dell'equilibrio della vita dell'individuo, determina un trauma emotivo legato all'incertezza del futuro e dei cambiamenti sul piano personale, familiare , professionale. Il paziente prova un sentimento di perdita della salute e dell'integrità , deve accettare il concetto di essere malato in una società che propugna bellezza e salute come elemento preponderante.

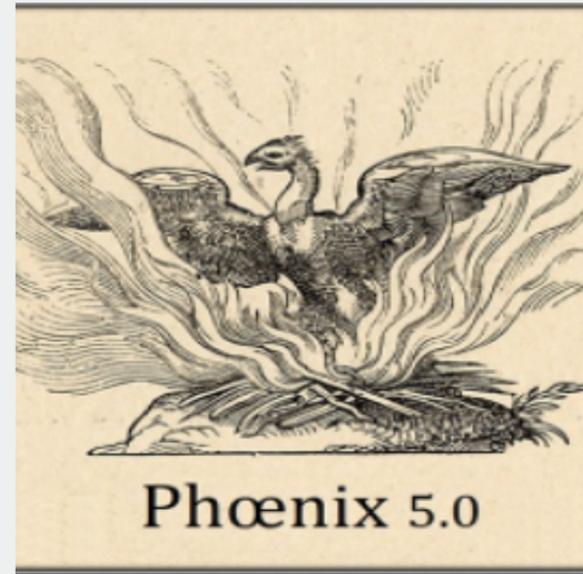


La relazione e la presa in carico dei bisogni soggettivi costituiscono elemento centrale nella corretta assistenza ma richiedono capacità di ascolto , di osservazione , di empatia e comunicazione : da malattia del paziente a malattia del sistema familiare

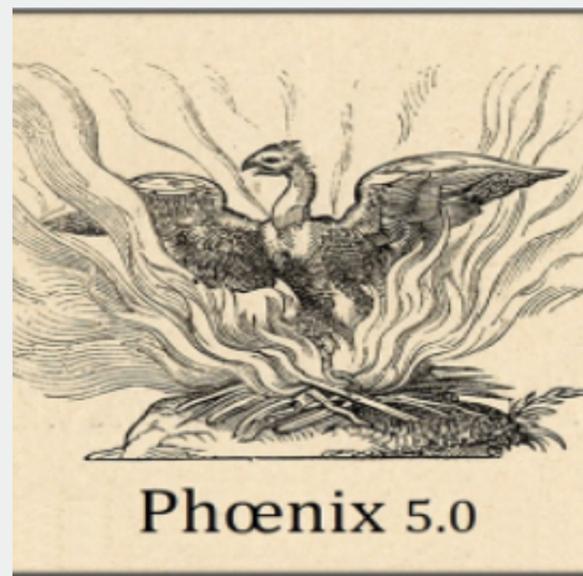


La medicina può guarire ma sfortunatamente non tutti.

Il paziente oncologico dovrà affrontare trattamenti chemioterapici lunghi , intensi ,dovrà fare i conti con un corpo che non risponde più al normale funzionamento e nel caso estremosi sentirà dire o capirà che non gli resta molto da vivere : la cura deve spostarsi sul versante del cuore.



CURA significa sollecitudine ,preoccupazione , interesse verso qualcuno o qualcosa. Rapporto in cui una sofferenza è oggetto di partecipazione ,solidarietà, comprensione e aiuto ( **Basaglia , 1982** )

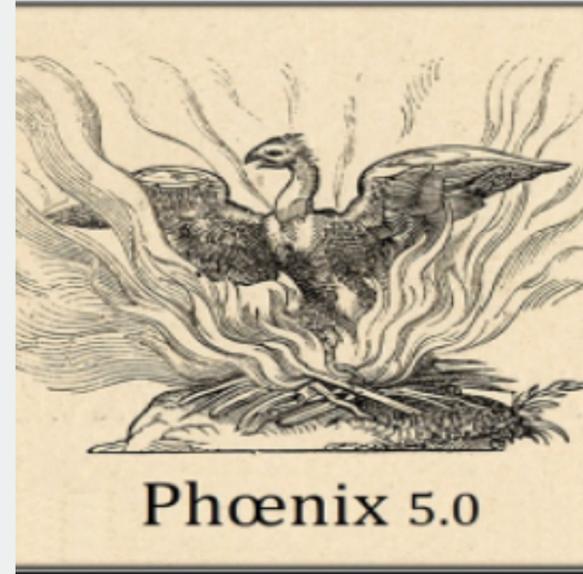


Il tema dell'ascolto : ascoltare significa rinunciare a soddisfare il proprio bisogno di esprimersi

Ascoltare è empatia , la capacità di cogliere e percepire i sentimenti dell'Altro, nel suo orizzonte esperienziale e esistenziale

Deve essere un ascolto NON GIUDICANTE

Bisogna praticare l' 'EPOCQUE': la sospensione del giudizio



Deve essere una metodologia solo descrittiva e non esplicativa ; la spiegazione per sua natura allontana dal fenomeno stesso nel momento in cui ne indaga le cause.

**(Edmund Husserl) *La scienza dei fenomeni***

Le strutture territoriali ed intermedie devono adottare standard di qualità e documentare in merito a:

Gestione del rischio clinico: applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione di sistemi gestionali degli eventi sentinella e delle denunce di sinistri, comunicazione, umanizzazione



*Figura 1.2 - Piramide di Carroll*

# CONCLUSIONI

- Migliorare la capacità di dialogo con il cittadino/paziente.
- Il sistema territoriale dovrà essere rivisto anche alla luce del contributo delle innovazioni intervenute sia a livello tecnologico sia a livello clinico
- Il tema delle risorse umane e della loro disponibilità è un elemento cruciale.
- Fondamentali i comportamenti messi in atto dalle Aziende/Istituzioni(Corporate SocialResponsabilty)/Associazioni
- Il modello di riferimento per le RSA deve essere specifico e diverso da quello ospedaliero ( alto contenuto relazionale )

# La Gestione del rischio in Sanità: una nuova scommessa



Tutti sanno che è più necessaria la prevenzione della cura ma pochi premiano gli atti di prevenzione  
(Nassim Taleb )

# GRAZIE

SI  
Ge  
RIS

Società Italiana  
Gestori del  
Rischio In Sanità

