

**con il sostegno non condizionato di**





# Introduzione alla XII° Edizione del Premio Alesini

## Premessa

Occuparsi di sprechi e inefficienze in ogni ambito della spesa pubblica è per Cittadinanzattiva parte integrante della propria mission. E' scritto nero su bianco nell'articolo 1 del suo Statuto.

Finalità e potere di tutela di Cittadinanzattiva

*"Cittadinanzattiva è un movimento laico di partecipazione civica che agisce per la tutela dei diritti umani, per la promozione e l'esercizio pratico dei diritti civili sociali e politici dei cittadini nella dimensione nazionale, europea e internazionale; agisce per la lotta agli sprechi e alla corruzione, per la tutela e salvaguardia dell'ambiente, del territorio, della salute, della sicurezza individuale e collettiva, del risparmio, della veridicità degli atti pubblici e della fede pubblica...."*

Per lanciare il tema del protagonismo dei cittadini nella lotta agli sprechi, alimentare, ambientale, in sanità, Cittadinanzattiva ha promosso due edizioni SPREK.O<sup>1</sup>, Festival contro gli sprechi.

Oggi impegnarsi sulla qualità della spesa, sulla corretta allocazione delle risorse, sulla promozione della trasparenza reale e non formale della pubblica amministrazione, nel contrasto alle inefficienze e alla corruption<sup>2</sup>, spendere bene le risorse economiche, opporsi alla logica del taglio lineare per l'"efficientamento", garantire che veramente i "risparmi restano in sanità" vuol dire tutelare il diritto alla salute e il Servizio Sanitario Nazionale bene comune.

---

<sup>1</sup><http://www.cittadinanzainfesta.it/>

<sup>2</sup>per corruzione non si intende solamente esercitare un abuso di potere in vista di un guadagno privato, come ad esempio il pagamento informale o le tangenti per accelerare procedure, aggirare norme, ma anche tutti quei comportamenti poco etici e poco professionali che determinano una forte efficienza del SSN accompagnata da una riduzione e mancato rispetto dell'equità nell'accesso alle cure dei cittadini

Infatti è ancora più insopportabile per i cittadini in questo momento storico che anche un solo centesimo sia speso male, perché una parte sempre più consistente di italiani (9,5% della popolazione, con trend in aumento rispetto all'anno precedente conferma ISTAT) è esclusa dalle cure e costretta a rinunciare a curarsi.

L'indignazione poi è ancora più forte quando si parla di tagli che l'efficienza prefissata non l'hanno prodotta, anzi ha significato piuttosto meno servizi e più disagi.

Il re è nudo: gli effetti delle ripetute manovre, dalla spending review in poi, sono stati smascherati dalla Corte dei Conti, uno degli organi costituzionali di garanzia della legalità e del buon andamento dell'azione amministrativa e di tutela degli equilibri di finanza pubblica (art. 100, secondo comma) sia tra gli organi giurisdizionali (art. 103, terzo comma)<sup>3</sup>. La doppia investitura deriva la centralità del ruolo di garanzia della corretta gestione delle pubbliche risorse della Corte dei conti che, nell'esercizio delle funzioni di controllo, è organo neutrale, autonomo ed indipendente sia rispetto al Governo che al Parlamento, e, nell'esercizio delle funzioni giurisdizionali, fa parte a tutti gli effetti dell'ordine giudiziario).

Eppure che le cose debbano andare in questa direzione non è la regola: esistono professionisti che si impegnano, si ingegnano e che riorganizzano i servizi in modo più razionale e vicino ai cittadini. E' la gestione della sanità "dalla parte dei cittadini" che operò Andrea Alesini, medico umbro della sanità pubblica e direttore generale della ASL RMC nel 1994, prematuramente scomparso, al quale il premio per le buone pratiche in sanità è intitolato. Partendo da questa considerazione «Sembra assurdo che i servizi nati per l'uomo debbano essere ricondotti ad una dimensione umana, perché l'hanno persa o mai l'hanno avuta. Eppure è questo l'unico obiettivo concreto, rimettere gli uomini e le donne al centro del sistema», Alesini riuscì a conseguire obiettivi speciali: un centro dialisi assistito fuori dall'ambito ospedaliero, l'apertura di case famiglia per

---

<sup>3</sup>[http://www.corteconti.it/chi\\_siamo](http://www.corteconti.it/chi_siamo)

pazienti psichiatrici, l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base per migranti e nomadi prima che le leggi nazionali lo prevedessero. Sono queste le premesse alla base di questa attività del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva.

## **Il Premio Alesini: un percorso in continua evoluzione**

*“Sembra assurdo che i servizi nati per l'uomo debbano essere ricondotti ad una dimensione umana, perché l'hanno persa o mai l'hanno avuta. Eppure è questo l'unico obiettivo concreto: rimettere al centro gli uomini e le donne al centro del sistema”.*

A. Alesini

Questo premio è stato dedicato alla memoria di Andrea Alesini, un medico umbro della sanità pubblica, prematuramente scomparso, che ha avuto incarichi nel campo della medicina scolastica, dell'organizzazione sanitaria e della medicina preventiva; è stato nominato direttore generale nel 1994 della ASL RM-C. Ha rappresentato una gestione della sanità “dalla parte dei cittadini”, attenta al dialogo e al rispetto dei diritti, nonché orientata a trasformare sempre le legittime aspettative in concrete azioni di governo.

La sua storia è una storia di idee, di intuizioni, di volontà e tenacia, di semi gettati che hanno messo radici profonde. Andrea Alesini ha costruito ed ottenuto obiettivi speciali:

- la realizzazione della prima unità spinale unipolare del Centro Sud;
- l'attivazione di un centro dialisi assistito fuori dall'ambito ospedaliero;
- l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base per immigrati e nomadi prima che leggi nazionali lo regolamentassero;
- l'apertura di case famiglia per pazienti psichiatrici;
- la promozione di un progetto europeo per i malati psichiatrici volto alla costruzione di un giardino di sculture.

Andrea Alesini è stato componente della Direzione nazionale del Movimento Federativo Democratico (ora Cittadinanzattiva).

Per ricordare la sua opera e quello che egli ha rappresentato, Cittadinanzattiva, d'intesa con la famiglia, ha promosso il riconoscimento a lui intitolato, con il quale si intendono premiare non parole, ma concrete opere di riforma della sanità e di costruzione di un servizio capace di tutelare davvero i diritti dei cittadini.

## La promozione delle buone pratiche

### *a) Le motivazioni alla base del Premio Alesini*

La storia della promozione delle buone pratiche è legata all'esperienza trentennale del Tribunale per i Diritti del Malato di Cittadinanzattiva, impegnato da sempre non solo a denunciare i ritardi, le manchevolezze e le situazioni di crisi del sistema sanitario, ma anche a valorizzare e riconoscere le innumerevoli esperienze di successo, le professionalità esistenti e le ricchezze della sanità italiana.

Tutelare i diritti dei cittadini infatti significa anche lavorare perché i servizi sanitari migliorino. Indignarsi di fronte a un disservizio o a una violazione della dignità del malato è giusto e magari anche intervenire con determinazione, ma è altrettanto importante contribuire a valorizzare e diffondere la buona sanità<sup>4</sup>.

Nel Servizio Sanitario Nazionale, come in molti altri servizi pubblici, l'impegno dei più volenterosi rischia di restare poca cosa se esso non viene accompagnato da una politica di riconoscimento, di valorizzazione e di diffusione delle buone pratiche.

Da qui la storia di un'iniziativa voluta per dare visibilità, senso e sostegno a quegli operatori impegnati nel migliorare il sistema

---

<sup>4</sup>Bibliografia di riferimento: *"Salute e diritti dei cittadini. Cosa sapere e cosa fare"* seconda edizione di Teresa Petrangolini, (Baldini Castoldi e Dalai).

sanitario: il Premio Andrea Alesini, istituito nel 1997 dal Tribunale per i diritti del malato, un premio dato dai cittadini alla “sanità che funziona”.

Il programma di promozione e valorizzazione delle Buone Pratiche in sanità racchiude una strategia di cambiamento e di modernizzazione dei servizi sanitari del nostro Paese che punta alla valorizzazione delle risorse umane, alla creazione di partnership, allo sviluppo della partecipazione civica, alla rottura dell'autoreferenzialità, alla pratica del principio della sussidiarietà, alla implementazione delle risorse e delle competenze nelle comunità locali.

Le motivazioni che hanno spinto un'organizzazione di tutela dei diritti dei cittadini come Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato a cimentarsi in questa impresa sono diverse<sup>5</sup>. Tra queste in particolare:

1. *passare da una qualità parlata ad una qualità erogata*. Esistono ormai molte pubblicazioni in tema di qualità dei servizi sanitari, numerose teorie, anche interessanti, un'ampia convegnistica. Occuparsi di diffusione delle buone pratiche significa osare di più: misurarsi in concreto con questo tema, mediante l'esperienza e il confronto con le “cose” fatte. Manca spesso l'esperienza e la concretezza, e soprattutto la capacità di trasferire le conoscenze acquisite nella quotidianità del servizio offerto ai cittadini.
2. *mettere in rete gli operatori da anni impegnati a “fare qualità dal basso”*. Nonostante le numerose organizzazioni (soprattutto sindacali e professionali) di operatori sanitari, sono molto pochi

---

<sup>5</sup>Cittadinanzattiva (a cura di), *Almanacco delle buone pratiche, Insieme di può fare*, Edizioni cultura della pace, 2000. Si veda in particolare il saggio introduttivo di Giuliana Trentalance, da cui è tratto gran parte del materiale del capitolo.

i luoghi e i momenti nei quali chi ha fatto una iniziativa innovativa può scambiare le sue idee e le sue esperienze con altri colleghi, ugualmente impegnati. E' importante lavorare in rete, anche per dare più possibilità di successo ai singoli progetti. Come si sa, l'unione fa la forza, cosa tanto più vera in questo caso.

3. *costruire circoli virtuosi e alleanze tra cittadini e operatori sanitari.* Che ci sia un forte interesse dei cittadini allo sviluppo di un programma sulle buone pratiche è fondamentale per gli stessi operatori. In questo modo, essi trovano una sponda e un punto di riferimento, anche per vincere resistenze interne al sistema sanità. Il successo del Premio Andrea Alesini, che non è nato dentro il "sistema" bensì su iniziativa dei cittadini utenti, è una prova della necessità di creare un continuo collegamento tra chi lavora nel servizio sanitario e chi sta fuori ed è interessato a veder funzionare bene le cose.
4. *costruire percorsi di miglioramento replicabili nella dimensione locale.* Se esiste un programma di miglioramento di un servizio, che, grazie al collegamento con la rete delle buone pratiche, riesce a trasformarsi in una esperienza comunicabile, anche tramite una formalizzazione scritta dei percorsi sperimentati, ci saranno altri luoghi e altri servizi che potranno utilizzare il materiale prodotto e seguire l'esempio.

*b) Cos'è una buona pratica*

La definizione di buona pratica è stata discussa e definita da un gruppo di lavoro nazionale del Tribunale per i Diritti del Malato nel 1998; essa è frutto di uno studio preparatorio durato alcuni mesi, finalizzato all'avvio del programma di raccolta e diffusione delle Buone pratiche in sanità.



*“Una buona pratica nei servizi sanitari, pubblici e privati, è ogni iniziativa di successo volta a migliorare contestualmente l’efficienza (economicità) e l’efficacia (accessibilità e adeguatezza) delle strutture sanitarie. Essa può essere promossa da amministratori, professionisti e cittadini.*

*Una buona pratica può consistere in atti normativi e amministrativi, contratti e convenzioni, comportamenti professionali, modalità di erogazione dei servizi, modalità di gestione (management), modalità di comunicazione con il pubblico e forme di partecipazione civica.”*

Lo stesso gruppo di lavoro ha poi individuato cinque requisiti che contraddistinguono la buona pratica:

1. *misurabilità*: possibilità di quantificare l’impatto dell’iniziativa;
2. *innovatività*: capacità di produrre soluzioni nuove e creative per i problemi di tutela dei diritti dei cittadini;
3. *riproducibilità*: possibilità di trasferimento e applicazione in luoghi e situazioni diverse da quelli in cui è stata realizzata;
4. *valore aggiunto*: impatto positivo e tangibile sui diritti dei cittadini;
5. *sostenibilità*: attitudine a fondarsi sulle risorse esistenti o capacità di generare essa stessa nuove risorse.

*c) L’impegno pluriennale di Cittadinanzattiva nella valorizzazione delle buone pratiche*

L’impegno nella promozione ed incentivazione delle azioni di miglioramento nei servizi sanitari, le esperienze innovative e le politiche centrate sull’orientamento al cittadino hanno radici molto lontane nella storia di Cittadinanzattiva, a partire da quando nel 1988, durante il viaggio del *“Pulmino dei diritti”*, si cominciarono a premiare in modo artigianale e militante operatori sanitari che si erano distinti per aver favorito la tutela dei diritti dei cittadini, mediante la consegna di un adesivo del Tribunale per i Diritti del Malato *“lo rispetto i diritti del malato”*.

Questo impegno è poi proseguito nel tempo, con l'istituzione del Premio "Andrea Alesini", che, giunto alla XII° edizione, ha assegnato riconoscimenti attribuiti dai cittadini ad una "Sanità che cambia", a dimostrazione del fatto che quando si vuole, le cose possono funzionare, mettendo insieme risorse, intelligenze e volontà e promuovendo la collaborazione tra istituzioni, operatori sanitari, utenti e soggetti privati.

Il Premio ha costituito solo una parte delle attività di Cittadinanzattiva messe in campo per dare attuazione alla diffusione di una cultura delle Buone Pratiche. Negli anni sono state realizzate:

- la costituzione di una banca dati per raccogliere le buone pratiche in campo sanitario al livello nazionale;
- la promozione di una rete tra tutti i soggetti sensibili al tema della qualità dei servizi, in modo da favorire l'aiuto e l'assistenza reciproca sulle esperienze innovative;
- la divulgazione delle esperienze raccolte attraverso iniziative pubbliche, diffusione di stampati (cataloghi, almanacchi, rapporti annuali), newsletter, etc;
- la formazione "tra pari" dei professionisti sanitari su quattro filoni: oncologia, pediatria, umanizzazione delle cure, gestione aziendale.

Oltre a queste esperienze, nate su impulso della sede nazionale di Cittadinanzattiva, molte sono state le iniziative di questo genere sul territorio, realizzate non solo da attivisti dell'associazione, ma anche da quei professionisti promotori delle buone pratiche.

Si citano a mero titolo esemplificativo il Premio Sardella, nell'ambito della pediatria, e il Premio Ospedale a 5 stelle, promosso in Emilia Romagna.

E' doveroso inoltre ricordare l'impegno di Cittadinanzattiva Toscana - Tribunale per i Diritti del Malato nell'ambito della promozione del Premio Nottola Mario Luzi, istituito nel 2007 e che rispetta una cadenza annuale. Il premio è frutto di una collaborazione con l'Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana e la

Società della Salute Valdichiana Senese con l'obiettivo per richiamare l'attenzione degli operatori sanitari verso la sofferenza dei malati e imprimere un impulso alla lotta al dolore, intesa come dovere terapeutico degli operatori sanitari soprattutto quando il dolore stesso perde la sua funzione di "campanello d'allarme" e diventa causa di sofferenze inutili e umilianti.

Infine Cittadinanzattiva, attraverso il suo network europeo, Active Citizenship Network, ha realizzato nel 2010 la prima raccolta civica di Buone pratiche al livello europeo in sanità, che ha consentito di rilevare 34 esperienze significative di partecipazione civica in sanità: *"AWARD for civic participation in health"*.

#### *d) la nascita di una banca dati delle Buone Pratiche*

Dalla esperienza del Premio Alesini, è nata l'idea di raccogliere in una banca dati tutti i progetti che fossero innovativi, misurabili, sostenibili, riproducibili e dotati di un reale valore aggiunto per i diritti dei cittadini.

Tutte le esperienze selezionate nella banca dati delle buone pratiche partono sempre dalla volontà di risolvere un problema o di superare una criticità; le soluzioni trovate via via innescano un circolo virtuoso di miglioramento, che amplia il campo di azione degli interventi fino ad arrivare ad una visione globale e completa dei bisogni da soddisfare. Il fatto di poterla descrivere, misurare, confrontare, fa sì – ed è questo uno dei valori più importanti di una politica di promozione delle buone pratiche – che essa diventi una sorta di modello teorico, “una metodologia di intervento da manuale”, riproducibile in altre realtà.

Analizzando le buone pratiche ed i racconti degli operatori e dei cittadini, sono emersi negli annispecifici *driver concettuali*: l'integrazione efficace, la comunicazione competente, l'orientamento alla qualità.

### *L'integrazione efficace*

Da anni si parla in Italia della necessità di integrare i servizi sanitari e assistenziali. Ci sono molte disposizioni di legge al riguardo. Di fatto i servizi continuano ad essere organizzati in modo autoreferenziale. Molte delle buone pratiche analizzate sono esperienze di integrazione. Integrazione tra cooperative sociali, università, scuole, fondazioni bancarie, associazioni di cittadini, istituzioni locali, medici di famiglia, operatori sanitari, aziende private, per creare una rete assistenziale e, allo stesso tempo, di inclusione sociale nel campo della salute mentale o per migliorare l'assistenza pediatrica o, ancora, per fornire migliori cure oncologiche. Il fine è quello di garantire che sia la comunità locale nel suo complesso ad assumersi la responsabilità della tutela della salute e della qualità dei servizi.

### *La comunicazione competente*

Il servizio sanitario è un sistema che non comunica e che ha grandissime difficoltà di relazione con il pubblico. Uno dei valori che emergono dalle buone pratiche analizzate in questi anni è la capacità di creare una "relazione di cura" con gli utenti, i quali diventano co-attori nel cambiamento dei servizi e nella promozione della qualità. C'è chi ha fatto diventare l'accoglienza, la umanizzazione e il comfort ospedaliero fattori determinanti dell'intervento terapeutico. Chi si è inventato strumenti di comunicazione innovativi, in collaborazione con società di telecomunicazione. Chi infine ha puntato tutto il suo progetto sulla accessibilità e la flessibilità dei servizi territoriali per generare l'aumento di fiducia degli utenti e garantire una maggiore adeguatezza degli interventi terapeutici.

Ciò che emerge con chiarezza, in moltissime esperienze, è che la capacità di comunicare e il rapporto con il mondo "esterno" rappresentano elementi altrettanto importanti della qualità tecnica delle prestazioni erogate.

### *L'orientamento alla qualità*

Per i cittadini qualità significa soprattutto alcune cose fondamentali: avere a che fare con una organizzazione che si prende cura di te, che si fonda su obiettivi e funzioni (e non su percorsi burocratici e gerarchie), che è attenta ai risultati e al miglioramento. Sono esempi di tale orientamento molte delle 'cose' che compaiono nei progetti di buone pratiche. Ad esempio, l'attenzione all'intero percorso del paziente dalla fase acuta fino alla completa riabilitazione o al reinserimento nella vita ordinaria; la rivoluzione dei ruoli in ospedale, con la creazione di tanti piccoli gruppi di miglioramento "dal basso" collegati a un disegno strategico generale, al fine di coinvolgere tutti gli operatori; la presa in carico 'totale' del malato, anche nel caso di paziente terminale, mediante l'attivazione di reti di solidarietà, attività di sostegno alle famiglie, il rispetto dei diritti sociali e sanitari delle persone malate e così via. Ciò significa avere una concezione della qualità a 360° gradi, che spesso non richiede ulteriori risorse, ma che implica effettivamente una rivoluzione culturale nel mondo sanitario.

## **Il XII° Bando di concorso Buone Pratiche per l'Umanizzazione delle cure con focus sull'integrazione socio-sanitaria e presa in carico del paziente sul territorio**

Cittadinanzattiva ha deciso di lanciare la XII° edizione del premio Alesini per valorizzare le buone pratiche in tema di umanizzazione delle cure, con focus sull'integrazione socio-sanitaria e presa in carico del paziente sul territorio, che attualmente sono agite nel nostro Paese.

Quest'anno il tradizionale Premio Andrea Alesini per l'umanizzazione delle cure si inserisce in un progetto più ampio, dal titolo **“I due volti della Sanità. Tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità del SSN vista dai cittadini”**.

Questo perché sono fondamentali l'apporto umano al servizio, la valorizzazione delle azioni dei singoli cittadini, oltre alla creazione di una rete di operatori e professionisti che rivoluzionino dal basso il rapporto tra cittadini ed erogatori di servizi pubblici, nell'ottica della sussidiarietà.

Il premio continua a promuovere l'attuazione concreta del principio dell'“umanizzazione delle cure”, come pratica quotidiana del diritto alla dignità umana e dell'impegno della lotta all'esclusione sociale, garantendo l'erogazione delle prestazioni nel rispetto di quanto contenuto all'interno della Carta Europea dei Diritti del Malato.

Umanizzazione delle cure come:

- A) presa in carico del cittadino nel percorso di cura;
- B) cura della relazione tra professionisti sanitari, personale impiegato nelle strutture socio-sanitarie e cittadini (pazienti e familiari);
- C) comfort degli ambienti e processi organizzativi vicini alle esigenze dei cittadini e volti a determinare un miglioramento della qualità della vita;

- D) trasparenza e accessibilità alle informazioni e partecipazione civica quale contributo al buon andamento della qualità dei servizi e dei processi organizzativi.

La raccolta delle buone pratiche attraverso il solo utilizzo del canale web prevedeva la compilazione di un *form on line* (appositamente creato) su:

- criticità che si intendeva risolvere;
- descrizione dell'intervento realizzato;
- metodo utilizzato;
- strutture e risorse umane interne ed esterne coinvolte;
- schema del processo organizzativo sottostante la realizzazione del progetto;
- eventuali normative di riferimento utilizzate per la predisposizione e/o l'attuazione del progetto.

La valutazione dei progetti candidati è avvenuta con le seguenti modalità:

- l'attribuzione di un punteggio e valutazione dei progetti da parte di una giuria, composta da 12 esperti del mondo della sanità (tra di essi, rappresentanti del mondo delle aziende sanitarie, dei professionisti sanitari, delle organizzazioni civiche e di pazienti, di società scientifiche). **Hanno partecipato al tavolo della giuria: Anmar Abruzzo, Ausl Bologna, Cittadinanzattiva Lazio, Cittadinanzattiva Veneto, FARE, Federfarma, Federsanità Anci, Fiaso, Ministero della Salute, SIFO.**
- A ciascun componente di commissione tecnica e giuria è stato richiesto di attribuire un punteggio sui 5 criteri caratterizzanti una buona pratica (innovatività, sostenibilità, riproducibilità, misurabilità, valore aggiunto), assegnando un numero compreso tra 1 e 5 per ciascun criterio; è stato

inoltre assegnato un punteggio aggiuntivo a quei progetti che prevedevano strumenti di valutazione dei risultati raggiunti.

- L'esito delle valutazioni ha decretato 3 vincitori e 7 menzioni speciali per i progetti particolarmente interessanti

In questa edizione sono stati raccolti **55 progetti**<sup>6</sup>; provenienti da 11 regioni, maggiormente da centro – nord, (di cui un quarto rappresentato dal Veneto).Le regioni che si sono candidate sono: Veneto, Lazio, Trentino, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Campania, Piemonte, Toscana, Marche, Val D'Aosta.

Hanno partecipato alla XII° Edizione del Premio: organizzazioni sanitarie pubbliche e private, organizzazioni civiche, operatori sanitari che, collegandosi al seguente link: <http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/politiche-sanitarie/1949-premio-buone-pratiche-in-sanita.html> hanno candidato la propria best practice.

I progetti raccolti sono caratterizzati dalla pratica quotidiana del diritto alla dignità umana e dell'impegno alla lotta all'esclusione sociale, nel pieno rispetto della Carta europea dei diritti del malato.Le parole chiave emerse dall'analisi critica dei progetti candidati sono importanti e danno il senso di quello che cittadini ed insieme professionisti della salute mettono in campo per offrire servizi di qualità a misura di persona: **presa in carico nel percorso di cura, farmaci, integrazione, appropriatezza, miglioramento, qualità, dolore, accessibilità.**

Stante, tanta ricchezza di iniziativa e proposizione, la giuria ha deciso di assegnare non solo i primi tre premi previsti dal bando, ma di riconoscere anche sette menzioni speciali per quelle iniziative particolarmente significative.

---

<sup>6</sup>I progetti sono consultabili attraverso il database appositamente realizzato su [www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it), nella sezione Salute.



I risultati della XII° edizione del Premio Alesini per progetti di umanizzazione delle cure, focus sull'integrazione socio-sanitaria e presa in carico del paziente sul territorio

PRIMO CLASSIFICATO: Progetto "Il Pronto Soccorso vive il proprio territorio e ne assume i bisogni specifici come obiettivi. Per questo si organizza per dare Accoglienza e Supporto alle Fragilità, Riconoscere e Tutelare Vittime della tratta"

SECONDO CLASSIFICATO: Progetto: "La salute è le nostre mani"

TERZO CLASSIFICATO: Progetto: "Ridefinizione e implementazione degli spazi verdi compresi nel perimetro del complesso ospedaliero Ospedale Mauriziano Umberto I° di Torino"

### *Menzioni Speciali*

- Il ruolo della musica in anestesia e rianimazione cardiocirurgica
- Supporto psicologico ai pazienti oncologici
- La Riabilitazione basata sulla comunità, un'idea per il futuro
- Orto-Terapia in Cure Palliative
- Progetto Codice Argento
- Avevamo un tappeto volante e non lo sapevamo
- Telemedicina per le ferite difficili "Fai 'centro' con noi"

## Le valutazioni della Giuria: i 3 vincitori

**PRIMO CLASSIFICATO:** Progetto “Il Pronto Soccorso vive il proprio territorio e ne assume i bisogni specifici come obiettivi. Per questo si organizza per dare Accoglienza e Supporto alle Fragilità, Riconoscere e Tutelare Vittime della tratta”

**Descrizione del Progetto:** Il Policlinico Casilino è collocato tra V e VI Municipio di Roma. Si tratta di zone caratterizzate da vaste aree di disagio sociale, con popolazione giovane, ma elevato numero di anziani assistiti dai servizi sociali, fenomeni di delinquenza e alti tassi di disoccupazione. C'è inoltre una presenza elevatissima di stranieri che rappresentano nel VI Municipio il 18,5% della popolazione. Il risultato è che il 20% degli accessi al nostro PS è costituito da stranieri, 26% nel box ginecologico, che nell'Ospedale sono più di 700 i parti di donne straniere.

La lettura attenta di questa realtà, ci ha portati a ridefinire il nostro modo di lavorare per tentare di dare risposte alla domanda e ad individuare ed interpretare anche i bisogni inespresi, che sono quindi sicuramente non soddisfatti.

Con questo progetto stiamo consolidando la capacità di risposta a queste specifiche domande che ci vengono dal territorio a partire da una ridefinizione della nostra mission così declinata: “Il Pronto Soccorso vive il proprio territorio e ne assume i bisogni specifici come obiettivi. Per questo si organizza per dare Accoglienza e Supporto alle Fragilità, Riconoscere e Tutelare Vittime della Tratta.”

Da circa un anno abbiamo acquisito la possibilità di avere a disposizione interpreti in 101 lingue, attraverso un Servizio di Interpretariato Telefonico che in 2-3 minuti ci mette in contatto con

gli interpreti. Attraverso una doppia cornetta telefonica le domande del Medico e le risposte del paziente vengono tradotte. Questo sistema trova frequente utilizzo non solo in Pronto Soccorso, ma anche in Sala Parto e nei Reparti. Ma le barriere spesso non sono solo linguistiche: il Medico che prescrive farmaci o da indicazioni di comportamenti senza tener conto del substrato culturale e delle condizioni di vita reali di questi pazienti fa un pessimo lavoro! Per questo stiamo per iniziare ad utilizzare un servizio online che traduce le ricette, compreso dosaggio e modalità di somministrazione in 14 lingue. Vogliamo che terapie e comportamenti consigliati siano resi compatibili con le condizioni di vita reali dei pazienti. Ad esempio nella gestione della scabbia abbiamo previsto modalità di gestione in PS particolari ed indicazioni diverse per quanti hanno un disagio abitativo (homeless. Centri di Accoglienza).

## **Risultati raggiunti**

Dopo le fasi di informazione e formazione del personale avvenute in collaborazione con Associazioni con particolare esperienza nei vari settori (Telefono Rosa, Parsec etc) è cresciuta la capacità di individuare situazioni in passato misconosciute: per quanto riguarda le vittime di tratta si è passati da 4 segnalazioni alle Psicologhe e Ass Sociali del SAP dal 2009 al 2012, a 8 casi in meno di un anno! Il contatto con quanti gestiscono i Centri di Accoglienza ci consente di avere più informazioni sulla storia dei pazienti partendo da quelle raccolte presso i Centri di norma dotati di proprio servizio medico.

## **Motivazione dell'Assegnazione del Premio**

Per avere espresso in maniera innovativa i bisogni delle persone fragili del V e VI Municipio di Roma servito dal Policlinico Casilino, grazie al servizio di “Accoglienza, supporto alle fragilità, riconoscimento e tutela delle vittime di violenza ed esseri umani oggetto di tratta”.

Per aver dato modo a queste persone, attraverso il servizio di interpretariato telefonico, di poter esprimere il proprio disagio, abbattendo le barriere linguistiche e culturali.

Questa esperienza costituisce un progresso innovativo di integrazione socio-sanitaria e presa in carico del paziente sul territorio.

## **SECONDO CLASSIFICATO: Progetto: “La salute è le nostre mani”**

### **Descrizione del progetto**

La persona con disabilità che fa ritorno a domicilio dopo il trattamento riabilitativo in regime di ricovero ha spesso bisogno di essere assistita da un familiare o caregiver, che deve essere opportunamente addestrato alle più comuni manovre assistenziali, e a stimolare la persona alla maggiore attività ed autonomia possibili. Spesso però tale addestramento è difficile per problemi culturali o linguistici (es, badanti che non conoscono l'italiano). Inoltre, il caregiver può avere necessità di supporto continuativo nel verificare se esegue correttamente le manovre assistenziali.

Nel quadro del progetto LA SALUTE E' NELLE NOSTRE MANI, avviato nel 2011 presso l'azienda ULSS9 sono stati realizzati dei brevi filmati, visibili attraverso You Tube, in cui si mostra, con l'aiuto di una fisioterapista e di una persona con disabilità, come effettuare alcune semplici manovre di assistenza (trasferire dal letto a carrozzina, aiuto nel fare le scale....). I filmati sono stati realizzati con il supporto del servizio audiovisivo aziendale, hanno una durata di pochi minuti, e sono comprensibili anche senza i dialoghi audio. Sono visibili al pubblico attraverso il portale [www.ulss.tv.it](http://www.ulss.tv.it) (cliccando "guarda i video della salute nelle nostre mani" dalla pagina principale). I filmati del progetto LA SALUTE E' NELLE NOSTRE MANI comprendono anche video didattici su aree diverse dalla riabilitazione, come ad esempio le corrette modalità di assunzione di farmaci, o le corrette posizioni per l'allattamento del neonato

## **Risultati raggiunti**

La accessibilità dell'informazione veicolata con i video è stata verificata con il conteggio degli accessi degli utenti ai singoli tutorials; nel primo semestre, i tre video di interesse riabilitativo hanno registrato diverse migliaia di accessi. La conferma dell'utilità dei video per la gestione quotidiana è stata anche verificata in modo episodico attraverso il resoconto di pazienti che si sono recati a visite di controllo presso il Dipartimento di Medicina Riabilitativa.

## **Motivazione dell'Assegnazione del Premio**

Per l'attenzione e la sensibilità rivolta alle persone con disabilità nelle fasi di riabilitazione a casa. Il progetto, attraverso lo strumento innovativo del tutorial, aiuta i caregivers a rendere la vita quotidiana dei propri cari più agevole ed integrata con quella degli altri.

Il progetto contribuisce a ridurre il disagio fisico e psicologico di pazienti e familiari. Questi ultimi, imparando da brevi filmati, a gestire anche semplici manovre, migliorano la vita quotidiana dei propri cari.

**TERZO CLASSIFICATO: Progetto: “Ridefinizione e implementazione degli spazi verdi compresi nel perimetro del complesso ospedaliero Ospedale Mauriziano Umberto I° di Torino”**

### **Descrizione del progetto**

Nel XIX secolo l’Azienda Ospedaliera ‘Ordine Mauriziano di Torino’ presentava tra i padiglioni, che ne costituiscono la struttura, ampie superfici a verde connotate dalla presenza di specie arboree, arbustive ed erbacee.

Una delle zone con maggiore criticità era la copertura dei locali adibiti a mensa in cui una guaina bituminosa di colore nero posta sul tetto piano dell’edificio connotava in modo impattante la struttura definendo uno spazio poco fruibile dai pazienti e dal personale di servizio.

Descrizione dell’intervento: il progetto interviene su un’area che, ad oggi, si configura come uno spazio non utilizzato, potenzialmente fruibile grazie alla presenza di un tetto piano in cui è stata immaginata la realizzazione di un giardino pensile intensivo con finalità terapeutiche indirizzate ai malati con disabilità di tipo fisico o psicofisico. L’idea progettuale nasce dall’importanza che questo spazio offre per i malati, i loro familiari, per chi lavora e per chi viene in visita.

Il giardino terapeutico fa da complemento alle cure perché è un luogo di armonia e rilassamento: evoca distrazione, compensa lo

stress, stimola piacevolmente i sensi. Con il progetto del ‘giardino terapeutico’ l’anonimo tetto piano della mensa dell’Azienda Ospedaliera ‘Ordine Mauriziano di Torino’, diventa uno spazio per rendere più leggera e luminosa la sosta.

## **Risultati raggiunti**

Questo progetto rappresenta un importante esempio di come l’intera struttura ospedaliera possa essere recuperata attraverso la creazione di una serie di giardini terapeutici in cui il ruolo centrale è rivestito dai pazienti, dai familiari e dal personale di servizio. Le scelte condotte rispettano, inoltre, la definizione di salute messa a punto dall’Oms che identifica nell’ambiente, quindi anche in quello naturale, uno dei fattori cruciali per il raggiungimento di una condizione di benessere e sottolinea l’inscindibilità del legame tra qualità della vita delle comunità e condizioni dei luoghi dove esse vivono, lavorano e trascorrono il tempo libero.

## **Motivazione dell’Assegnazione del Premio**

Perché questo progetto rappresenta un importante esempio di creazione di bellezza a servizio del recupero e della qualità di salute dei pazienti.

Per aver utilizzato “madre – natura” quale leva fondamentale di un processo di recupero della salute da parte di chi è in ospedale, sottolineando l’inscindibilità del legame tra qualità della vita delle comunità e condizioni dei luoghi dove esse vivono, lavorano e trascorrono il tempo libero.

## **Le valutazioni della Giuria: le 7 menzioni speciali**

### **1. Il ruolo della musica in anestesia e rianimazione cardiocirurgica**

#### **Descrizione del progetto**

In accordo con la definizione della OMS dello stato di salute come benessere fisico, psichico e sociale dell'individuo negli ultimi decenni sono stati apportati significativi miglioramenti in campo sanitario rendendo le strutture ospedaliere ed il rapporto operatore sanitario – paziente più adatto alla cura del malato nell'insieme delle sue necessità con particolare attenzione alla persona nel suo complesso, non solo alla patologia in atto. Nonostante gli sforzi fatti, l'ospedale incute ancora soggezione evocando un senso di vulnerabilità e accentuando la percezione di fragilità indotta dalla malattia in essere. Ciò è marcato in pazienti in attesa di procedure diagnostiche o terapeutiche invasive e può evolvere in chiari stati di stress ed ansia causa di duraturi e talvolta permanenti traumi psicologici. E' dimostrato che questo "contesto" provoca delle modificazioni psicocomportamentali e neuroendocrine. L'unità "presala-sala operatoria" è un ambiente dove la condizione di stress-ansia del malato raggiunge i livelli maggiori. Di qui, la domanda di ricerca: La musica in presala operatoria di cardiocirurgia può ridurre l'ansia influenzando i parametri vitali, quali pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria nei pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico? Ne può modificare il risveglio in terapia intensiva? Metodo utilizzato: Studio qualitativo osservazionale. Si costituisce un unico gruppo di studio detto "intervento" costituito da pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico nei quali si vuole valutare l'effetto della musica durante la fase di preparazione e monitoraggio pre-intervento. I



criteri di inclusione sono: pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico in elezione, che hanno dato il loro consenso a far parte dello studio, orientati e collaboranti all'arrivo in presala senza sedazione in atto. Descrizione del metodo: Il giorno antecedente l'intervento si raccoglie il consenso allo studio ed il genere di musica preferito tra le seguenti possibilità:

## **Risultati raggiunti**

Questo studio dimostra che il 100% dei pazienti ricorda la presenza della musica prima di addormentarsi ed il 92% la consiglia ad altri utenti a dimostrazione che il vissuto del paziente diviene ricordo indelebile raccontato ai propri famigliari e ad altri pazienti. In aggiunta il livello di ansia dichiarata dal paziente all'arrivo in presala si riduce, dopo circa trenta minuti di ascolto, nel 81% dei casi. Il risveglio dell'utente in rianimazione, valutato tramite la scala RikerAgitation Scale, evidenzia un risveglio calmo e cooperante per il 72% dei pazienti. La pressione arteriosa non invasiva si riduce nel 61% dei pazienti. Frequenza cardiaca e frequenza respiratoria diminuiscono rispettivamente nel 56% e nel 64% dei pazienti analizzati. Offrire la miglior assistenza medico-infermieristica significa anche comprendere il vissuto di ciascun paziente, fornire strumenti che lo aiutino ad affrontare determinate situazioni di maggior stress, aiutare a sviluppare capacità di self control.

## **Motivazione dell'Assegnazione del Premio**

Perché basta davvero poco per alzare l'energia delle persone che si accingono ad affrontare un passaggio delicato per la loro salute, come quello di un'operazione al cuore.

La musica in anestesia e rianimazione cardiocirurgica. Apparentemente sembra “poco”, ma è un’ escamotage in grado di far fare un salto quantico a chi affronta l’esperienza in questo modo.

Il progetto punta sulla sensibilità dell’anima, sull’energia del cuore ed ottiene risultati straordinari: 100% dei pazienti ricorda la presenza della musica prima di addormentarsi ed il 92% la consiglia ad altri utenti a dimostrazione che il vissuto del paziente diviene ricordo indelebile raccontato ai propri famigliari e ad altri pazienti. In aggiunta il livello di ansia dichiarata dal paziente all’arrivo in presala si riduce, dopo circa trenta minuti di ascolto, nel 81% dei casi.

## **2.Supporto psicologico ai pazienti oncologici**

### **Descrizione del progetto**

L’Azienda Ospedaliera “S.G. Moscati” di Avellino è classificata come Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione. L’U.O. di Oncologia Medica ha attivi protocolli di ricerca clinica internazionali con l’accesso a trattamenti innovativi con nuovi farmaci biologici oltre che un ambulatorio di “Counseling oncogenetico” per lo studio dei tumori ereditari con effettuazione dei principali test genetici (BRCA1.BRCA2 etc.). Accanto ad una dimensione medica, l’U.O. ha attivato un servizio di Psico-Oncologia che offre, al paziente e alle famiglie, accoglienza all’interno del contesto di cura, interventi individuali e di gruppo, in base alle specifiche necessità. Vengono realizzati progetti rivolti ai pazienti per garantire loro una migliore qualità di vita. Siamo al 5°anno de “La cucina entra in Oncologia”, convinti che nutrirsi

correttamente e uno stile di vita sano, rappresentino le condizioni per una salute che non sia solo l'assenza di malattie, ma un vero e proprio stato di benessere psicofisico, in grado di combattere gli effetti collaterali delle chemioterapie. È già al 6° anno “Il teatro entra in oncologia”, progetto concepito in un’ottica olistica del prendersi cura del paziente comprendente 3 percorsi: psicologico–teatrale–corporeo. L’applicazione di forme d’arte espressiva all’oncologia è parte integrante dei progetti di cura per migliorare la qualità di vita, la percezione della malattia e per rispondere al meglio all’iter terapeutico. Attivo dallo scorso anno è “Il trucco entra in Oncologia” rivolto alle donne che affrontano i disagi legati al cambiamento dell’aspetto fisico conseguenti ai trattamenti farmacologici. Una giornata con un’estetista non determina una guarigione, ma oltre a regalare qualche ora di svago, può restituire un’immagine allo specchio più dignitosa. Il punto informativo e la guida “Dove mettere le mani” rispondono alle esigenze pratiche di chi si trova ad affrontare la patologia: opportunità di assistenza e informazioni di carattere pratico relative al lavoro, alle agevolazioni fiscali e ad altri benefici.

I progetti realizzati prevedono la modalità di gruppo: alla base c’è la cultura dell’incontro, il viversi facendo un’esperienza, ridare avvio a processi di revisione degli adattamenti collegati alla malattia e al suo intorno relazionale. Le figure professionali coinvolte sono: oncologi, psicologi, nutrizionisti, esperti di teatro, estetiste e volontari. Gli spazi utilizzati per i progetti sono: l’aula magna dell’ospedale, 2 stanze dell’U.O. di Oncologia, i locali e le attrezzature dell’Istituto alberghiero.

I progetti si svolgono promuovendo le iniziative, individuando i pazienti potenzialmente eleggibili, conducendo un colloquio diagnostico e inserendo le persone nel gruppo di lavoro; vengono

somministrati dei questionari in ingresso e in uscita, si formano dei sottogruppi per i laboratori pratici. Per la cucina e il teatro è prevista una performance finale. Infine vengono valutati i risultati dei lavori. Questi progetti nascono da un'ulteriore necessità di umanizzazione in uniformità con l'attuale concezione della salute, intesa come stato globale di benessere fisico, psichico e sociale, non solo come assenza di malattia (OMS 1949).

## **Risultati raggiunti**

Dai test si sono ottenuti valori significativi in riferimento al senso di autonomia, di autoefficacia, alla progettualità futura. Inoltre anche la dimensione delle relazioni con gli altri risulta migliorata. I pazienti rispondono con entusiasmo ai progetti, mostrando il desiderio di ripartecipare per rivivere un'esperienza di gruppo significativa e divertente. L'efficacia dell'intervento multidisciplinare lo vediamo inoltre dalla motivazione che ognuno mette nell'incontrarsi, nel cambiamento che ciascuno di loro ha mostrato dall'inizio alla fine del percorso. Il fattore elettivo che favorisce il raggiungimento degli obiettivi è sempre il gruppo e il riuscire a trarre giovamento dagli altri. Le difficoltà incontrate, per lo più dovute a momenti difficili dei pazienti, si riescono a superare grazie alla forza del gruppo. La cittadinanza è sempre più partecipe degli eventi conclusivi dei progetti, divenendo sempre più sensibile a queste realtà.

## **Motivazione dell'Assegnazione del Premio**

Menzione speciale perché il progetto, un counseling onco-genetico” per lo studio dei tumori ereditari con effettuazione dei principali test genetici (BRCA1.BRCA2 etc.), contribuisce a trasformare

l'esperienza di malattia in opportunità di cambiamento, valorizzando il presente e migliorando la qualità di vita.

Perché questo è il risultato più importante che si possa ottenere nel delicato processo di cura della persona con una patologia, a prescindere dalla gravità.

Perché attraverso, un networking evoluto di competenze che si integrano armonicamente, si stimola il potenziale creativo di reazione del paziente, si combattono gli stereotipi e pregiudizi che si accompagnano alla malattia, ma soprattutto si aiutano i pazienti a far riconoscere concretamente i propri diritti e tutele imprescindibili per una vita di qualità.

### **3.La riabilitazione basata sulla comunità, un'idea per il futuro**

#### **Descrizione del progetto**

Descrizione Intervento: la riabilitazione sviluppata nella comunità è sorta su indicazione OMS nel 1994, attiva nei Paesi a basse risorse in modo piuttosto efficace è stata snobbata in molti altri Paesi anche se nel Regno Unito e in Scandinavia oltre che in Canada ha un discreto sviluppo. In pratica la Riabilitazione Comunitaria sviluppa il suo essere all'interno della comunità di appartenenza della persona bisognosa premettendo la formazione in volontari di competenze di base, ma specifiche, per la gestione delle funzioni motorie più semplici della persona anziana o disabile. Metodo utilizzato: si è pensato di attivare la prima esperienza di Riabilitazione comunitaria nel territorio italiano nel comune di Bertinoro (FC) e specificamente nella frazione di Santa Maria Nuova, circa 1500 abitanti. Le ragioni: l'identità di vedute sui bisogni da parte del responsabile del progetto e del sindaco del

comune, la presenza sul territorio locale di una associazione che metteva a disposizione logistica e risorse, non ultima l'adesione di tutte le componenti sociali, comitato di frazione, parrocchia, associazioni etc al progetto. Si è proceduto anche in base ad esperienze maturate dal responsabile del progetto in altri paesi del Mondo ovvero con la formazione da parte di personale sanitario competente, un medico specialista in riabilitazione ed un fisioterapista, di volontari selezionati e motivati. Tale periodo formativo è durato da aprile ad agosto del 2013 con una media di un incontro di 2 ore settimanali ed ha portato alla formazione di 12 volontari numero ritenuto opportuno per una buona partenza del progetto. Strutture e risorse Umane: la struttura della Associazione Ricci Matteucci di Santa Maria Nuova, 12 volontari, un medico ed un fisioterapista formatori e responsabili del progetto. Innovazione apportate: la possibilità di far effettuare attività riattivativa e riabilitativa a persone che altrimenti erano impossibilitate a farla. Il tutto a costo zero per le persone e per il SSN. Schema del processo organizzativo: fase della formazione con lezioni interattive per una/due sere a settimana nei mesi da aprile ad agosto/settembre 2013, disponibilità gratuita del medico specialista in riabilitazione ad effettuare visite domiciliari alla persone segnalate dal contesto comunitario, disponibilità gratuita del fisioterapista a sovrintendere ed indirizzare il lavoro pratico del volontari. Partecipazione della comunità alla diffusione dell'informazione sul progetto. Coinvolgimento dei servizi sociali locali e dei medici di medicina generale.

## **Risultati raggiunti**

In questi primi mesi di attuazione si sono prese in carico 15 persone avviandole, con l'aiuto insostituibile della famiglia, ad una diversa gestione della propria partecipazione alla vita sociale aiutandole a migliorare le funzioni motorie ed invogliandole ad uscire di casa. Si è attivato all'interno della comunità l'idea che in molti possano essere utili, in modo semplice e pratico, a coloro che hanno bisogno. Abbiamo insegnato ai caregivers le attività di base per aiutare al miglioramento motorio le persone disabili, affinché l'attività riattivativa/riabilitativa possa essere fatta quotidianamente nel contesto domestico.

## **Motivazione dell'Assegnazione del Premio**

Per l'attenzione particolare rivolta alla presa in carico sul territorio di persone anziane o affette da disabilità legate a patologie croniche o in fase post acuta, che dimesse spesso "troppo presto" o per ragioni di carattere economico non riescono ad accedere alle cure opportune.

Per aver puntato sulla "Riabilitazione Comunitaria" all'interno della realtà territoriale della persona bisognosa, attraverso il coinvolgimento di volontari, adeguatamente formati da parte di personale sanitario competente e specializzato in riabilitazione.

Un esempio concreto di partecipazione della comunità e presa in cura delle persone che, attraverso la gestione delle funzioni motorie più semplici, migliorano la loro qualità della vita.

## 4.Orto-terapia in cure palliative

### Descrizione del progetto

L'insorgenza della malattia determina nella persona una serie di cambiamenti non solamente legati alla perdita di autonomia e funzionalità, ma anche alla perdita della propria identità, in quanto la persona malata va spesso incontro alla perdita del ruolo ricoperto nel suo contesto familiare e sociale.

L'intento di Antea è quello di mitigare questa perdita di identità, facendo sentire l'individuo ancora protagonista della propria vita: non paziente, ma in primo luogo persona. Questo obiettivo può essere raggiunto solo attraverso una rimotivazione dell'individuo, riportandolo ai valori più profondi, valori che ognuno di noi spesso ritrova proprio nel contatto con la natura, relazione spesso dimenticata e negata nelle strutture sanitarie.

Obiettivo del progetto è creare un programma di HorticulturalTherapy che preveda la strutturazione di attività di giardinaggio e di coltura delle piante rivolto a pazienti e loro famiglie oltre che garantire la fruibilità degli spazi verdi del centro Antea, sviluppando spazi appositamente creati per stimolare le funzioni sensoriali. Il contatto con la natura permette alla persona di uscire dall'isolamento, di prestare attenzione e premura e di instaurare una relazione affettiva adeguata e rassicurante.

Come è dimostrato ciò ha notevoli effetti benefici, tra cui il rilassamento e una riduzione del livello di stress. Le attività legate alla cura del verde:

- stimolano nelle persone sia il senso di responsabilità che la gratificazione legate al "prendersi cura di";
- stimolano le componenti cognitive, potenziano la capacità di memoria a breve e lungo termine, la costruzione di sequenze



finalizzate al raggiungimento di un obiettivo tangibile (cura e crescita della pianta);

- favoriscono la condivisione e migliorano la socializzazione con altre persone malate e familiari (su attivazione del terapeuta occupazionale da parte dell'équipe curante, possono partecipare alle attività di terapia orticolturale presso il Centro Antea, anche i pazienti assistiti a domicilio, al fine di evitare l'isolamento che a volte vive il paziente in casa);
- stimolano le funzioni motorie, prassiche-manuali, psico-fisiche, sensoriali e cognitive;
- migliorano il tono dell'umore e la stima di sé.

Il giardino del centro, è stato riprogettato come uno spazio a misura di paziente.

Grazie a questo attento restauro, il giardino è diventato uno spazio fruibile per tutti i pazienti e familiari, immerso nel verde, che consente loro di vivere la natura anche all'interno di una struttura sanitaria. In seguito, pazienti ed i loro familiari hanno iniziato a svolgere attività di terapia orticolturale sotto la guida di una terapeuta occupazionale esperta.

Le attività prevedono: semina ed irrigazione; supporto nella potatura di alberi da frutto e altre piante; piccola manutenzione degli spazi a verde (es.: estirpazione delle erbe infestanti nelle aiuole di fiori e verdura); travaso di piante ornamentali; raccolta di ortaggi, frutti e fiori.

## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

E' stato possibile effettuare i lavori di sistemazione del giardino, anche grazie al finanziamento di altri donatori privati, che hanno reso possibile la realizzazione dello splendido giardino sopradescritto. Al momento, è in fase di validazione uno strumento di valutazione della soddisfazione dei pazienti coinvolti nelle attività di terapia orticulturale, tuttavia la quasi totalità dei pazienti riferisce benefici dallo svolgimento di queste attività di cura del verde. Inoltre il progetto, per la sua carica innovativa, è stato ospitato gratuitamente presso il Festival del Verde e del Paesaggio (Auditorium Parco della Musica, Roma, maggio 2013), con uno stand-istallazione evocativo del nostro "orto-seduto" che ci ha consentito di far conoscere ai numerosissimi visitatori il progetto, sensibilizzandoli alla validità di questo tipo di interventi terapeutici.

## **Motivazione dell'Assegnazione del Premio**

Per aver messo al centro la persona,valorizzando il suo apporto, stimolando le sue capacità intellettive e sensoriali, creatività ma anche responsabilità e gratificazione nel prendersi cura di sé.

Attraverso un programma di HorticulturalTherapy, attività di giardinaggio e coltura delle piante, ha saputo valorizzare la persona, facendola sentire utile e protagonista della sua vita anche nelle fasi più critiche o ultime della malattia.

Antea è riuscita a restituire dignità al paziente, prima di tutto come individuo e non come malato.

## **5. Avevamo un tappeto volante e non lo sapevamo**

### **Descrizione del progetto**

Il Progetto nasce dalla necessità di risolvere alcune criticità: gestione dell'ansia e delle paure bambino/genitore, prevenzione, attività svolta in sicurezza dall'operatore.

L'intervento realizzato: creare un approccio verso bambino attraverso il gioco (ad es. attraverso la predisposizione di lezioni presso le scuole elementari – sez. 7 anni, che richiedono percorso), attraverso incontri informativi genitori/insegnanti e la predisposizione di un angolo dedicato per l'utenza pediatrica c/o il Poliambulatorio Montebello (angolo dei cuccioli).

Metodo utilizzato: rappresentazione di 2 favole che aiutano il bambino a capire ed affrontare il concetto di dolore e paura. Rafforzamento delle pratiche di igiene quotidiane (pulizia delle mani e denti). Raccolta dati che evidenziano lo stato di apprendimento ed apprezzamento del bambino, il livello di gradimento degli insegnanti e delle risorse umane coinvolte. Vari, infatti, sono i soggetti coinvolti: il coordinatore/referente del progetto, infermieri di supporto e gruppo di operatori, anziani in casa di riposo per la preparazione di parte di materiale, genitori, insegnanti e bambini; ci si serve inoltre di una tipografia aziendale.

Innovazioni apportate: miglioramento dell'accoglienza per l'utente con età pediatrica, attraverso la predisposizione di spazi dedicati; attuazione di un percorso di nuova realizzazione per utente pediatrico.

Schema del processo organizzativo ed organizzazione: predisposizione catalogo obtv salute da parte dell'azienda con i progetti in essere; richieste pervenute dalle scuole per il progetto; programmazione di incontri/date; predisposizione di materiale

cartaceo/dvd; programmazione incontri con genitori/insegnanti; raccolta dati ed elaborazione dei dati; verifica trasversale di bimbi con percorso effettuato/senza percorso, che accedono alla struttura; affiancamento nuovi colleghi del gruppo; riunioni di gruppo e condivisione dati; predisposizione di corsi di formazione per nuovi colleghi inseriti nel gruppo.

## **Risultati raggiunti**

Eccellenti risultati in termini di partecipazione di bimbi iscritti, insegnanti coinvolti e genitori presenti.

## **Motivazione dell'Assegnazione del Premio**

Perché ha saputo raccontare ai bambini, attraverso il gioco, concetti difficili come il dolore e la paura. L'attività ludica e ricreativa costituiscono strumenti semplici ed immediati per i più piccoli ma aiutano anche i genitori nella gestione dell'ansia.

Il progetto ha saputo valorizzare la presa in carico dell'utenza pediatrica e la relazione bambino/genitore anche in un'ottica di prevenzione, attraverso il rafforzamento di pratiche quotidiane per i bambini ma anche attraverso programmazione di incontri informativi genitori/insegnanti e la predisposizione di angoli dedicati "angolo dei cuccioli", raccolta ed elaborazione di dati che evidenziano lo stato di apprendimento e apprezzamento del bambino.

## 6. Progetto Codice Argento

### Descrizione del progetto

L'aumento della popolazione anziana e la polipatologia che la contraddistinguono sono condizioni che da sole giustificano i frequenti accessi al Pronto Soccorso; bisogna inoltre tenere presente, oltre alla complessità e comorbidità, le minori capacità funzionali e cognitive, nonché le maggiori problematiche socio-familiari, che insieme contribuiscono a definire la "fragilità", condizione che esprime il rischio di perdita dell'autonomia nell'età avanzata. Da qui la necessità di riconoscere tale situazione al fine di attuare tutte le azioni volte a prevenire la rottura di un equilibrio altamente instabile. Uno dei momenti critici è proprio il ricorso al P.S., ambiente affollato, scomodo, che può essere riconosciuto ostile ed in cui una lunga permanenza può aggravare tale instabilità. La risposta può essere l'istituzione del Codice Argento, rivolto agli ultrasessantacinquenni con particolari requisiti, consistente in una presa in carico più rapida e sicura. Il Codice Argento si realizza attraverso l'istituzione di un fast track geriatrico da P.S., per una presa in carico dell'anziano fragile, con le modalità descritte successivamente. Al tempo stesso è auspicabile una riduzione dell'attesa per i codici verdi e bianchi. L'infermiere triagista effettua il triage ed esclude i pazienti contraddistinti da codice rosso e giallo, che avranno accesso diretto in area rossa. I pazienti ultrasessantacinquenni con codici verdi e bianchi con problematiche che non siano comunque minori e immediatamente risolvibili (traumi minori, fast-track verso altri ambulatori o richieste di visite specialistiche da parte del m. curante, ecc.) vengono a loro volta valutati dall'infermiere di Triage assegnando un punteggio come da tabella allegata, comprendente età, sesso, stato civile, precedenti

ricoveri in particolare per malattie respiratorie, neoplasie e altre patologie, n. di farmaci assunti quotidianamente; se lo score arriva a 11+, si è di fronte ad un ultra75enne a maggior rischio. Altre condizioni da tenere presente sono: difficoltà ad alimentarsi, difficoltà deambulare con cadute ripetute a domicilio, turbe cognitive di recente insorgenza o in peggioramento turbe comportamentali. A questo punto l'anziano rientra nel “codice Argento” ed è inserito dal triagista nel gruppo percorsi brevi, fast track geriatrico; tramite un O.S.S. disponibile viene inviato in Geriatria per la valutazione multidimensionale da parte dello specialista. Se l'esito è il ricovero ospedaliero e vi è disponibilità di posti letto in Geriatria, si procede in tal senso, comunicando al P.S. che concluderà l'iter, altrimenti si dovrà procedere al ricovero in appoggio in altre UU.OO. o presso gli ospedali accreditati a cura del P.S.

### **Risultati raggiunti**

Al momento attuale, dopo 4 gg. dalla partenza del progetto, abbiamo registrato la presa in carico rapida di 3-4 anziani fragili al giorno.

### **Motivazione dell'Assegnazione del Premio**

Per la particolare attenzione e sensibilità nella presa in carico della persona anziana, che accede in Pronto Soccorso.

L'istituzione di un “Codice Argento” rivolto alle persone ultrasettantacinquenni e la realizzazione di un percorso agevolato di accesso sono una risposta concreta alle criticità legate ai tempi di attesa in Pronto Soccorso, favorendo una presa in carico più rapida e sicura delle persone anziane, che si trovano ad attendere molte

ore in ambienti scomodi, con il rischio di comportare un aggravamento delle loro condizioni di salute.

## **7. Telemedicina per le ferite difficili**

### **Descrizione sintetica del progetto**

Le "ferite difficili" quali piede diabetico, piaghe da decubito, ulcere vascolari sono patologie particolarmente frequenti nei pazienti fragili e compromettono enormemente la loro qualità della vita. Basti pensare che il 50% dei pazienti anziani con Alzheimer muoiono per complicanze legate a piaghe.

Le "medicazioni avanzate" non sono presidi forniti dalle ASL sul territorio e l'esperienza medica sul territorio è insufficiente. Inoltre è necessaria una multidisciplinarietà (chirurgo vascolare, chirurgo plastico, diabetologo, internista, geriatra). Il paziente, in genere con ridottissima mobilità deve essere medicato ogni due giorni e non riesce a seguire il piano di cura, finendo spesso per essere ricoverato, per pochi giorni, a causa della complicanze (sepsi, amputazioni minori o maggiori, dolore) per poi essere restituito ad un territorio inadatto. L'uso della telemedicina nell'ambito del SSN attraverso la richiesta di medicazione angiologica, addestramento del paziente o del caregiver, coinvolgimento del MMG e/o dell'infermiere del territorio, acquisizione del consenso informato, fornitura del materiale di medicazione, controllo via e-mail, secondo un protocollo concordato di raccolta immagini e dati, consente di ridurre di molto gli accessi in ospedale del paziente (mediamente ogni 15-20 giorni invece di 3 a settimana) e di seguire i pazienti fino alla completa guarigione. Dall'esperienza sviluppata nel modello sono state ricavate anche parte delle linee di indirizzo

nazionali per la Telemedicina del Ministero della Salute, approvate dalla conferenza stato-regioni nel febbraio 2014. Sono stati coinvolti direttamente due medici, una infermiera ed un coordinatore infermieristico, come consulenti chirurghi plastici, vascolari, infettivologi e diabetologi.

E' stato ricavato un percorso di eccellenza all'interno dell'azienda, con indicatori di processo e di esito, definizione e monitoraggio delle garanzie tecnologiche, organizzative, di accesso, di aggiornamento, di qualità del servizio; seguiti ad oggi 150 soggetti (380 ulcere, circa 17.500 medicazioni) in telemedicina (posta elettronica). Sono stati coinvolti caregivers «non professionali» (badanti, parenti), un infermiere o gli stessi pazienti. È stato adottato il questionario SF12 HealthSurvey per valutare la qualità di vita e un semplice questionario sulla «soddisfazione del cliente». Gli strumenti di budget, governo clinico, bilancio sociale aziendale e controllo della qualità sono stati “adattati” alla telemedicina. Abbiamo testato una applicazione per smartphone (MOWA, per sistemi operativi Android e iPhone). L'applicazione ha il marchio CE (93/42/CE), come dispositivo medico, classe 1.

## **Risultati raggiunti**

Si riscontra: una percentuale globale di guarigione delle lesioni del 90% (75% tradizionale); assenza di ricovero ospedaliero (solo per la chirurgia ricostruttiva, ove necessario); riduzione del 35% dei costi globali; miglioramento nel 70% dei casi della qualità della vita. L'APP permette di analizzare un'immagine della lesione, effettua una valutazione automatica della area di necrosi, dell'area di granulazione e dell'area coperta da fibrina. L'area della ferita viene misurata in modo da poter effettuare una valutazione nel



tempo e viene generato un documento PDF che può essere inviato al centro specialistico per la valutazione, archiviazione ed oggettivazione della cura.

### **Motivazione dell'Assegnazione del Premio**

Per aver applicato la telemedicina alle “ferire difficili”, uno strumento tecnologico innovativo ma allo stesso tempo di agevole utilizzo, che ha prodotto risultati ottimi in termini di guarigione delle piaghe da decubito e miglioramento della qualità di vita.

Una buona pratica di presa in carico del paziente fino alla completa guarigione con una particolare attenzione al dolore inutile ed evitabile.

# **LA RACCOLTA DELLE BUONE PRATICHE DELLA XII<sup>o</sup> EDIZIONE DEL PREMIO ALESINI**

**n. 1- Progetto: Interventi a favore della tutela della salute della donna afferente all'U.O.C. Dipendenze**

Nome del servizio: Unità Operativa Complessa Dipendenze - Azienda U.L.S.S. n.17 - Regione Veneto

Indirizzo: VIA Rovigana, 5

Regione: VENETO Provincia: Padova

Comune: Monselice CAP: 35043

Azienda: ASL

Struttura: Distretti

Responsabile Progetto : Dott.ssa Bricca

Email: [patrizia.bricca@ulss17.it](mailto:patrizia.bricca@ulss17.it)

Data inizio: 10 gennaio 2013

Data conclusione prevista: 31 dicembre 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** Dipendenze, Donna

**Categoria di appartenenza:** medicina del territorio, informazioni, segnalazioni, accesso ai servizi, trasparenza

## Descrizione sintetica del progetto

Il progetto mira alla ricerca di buone prassi volte all'attenzione dei bisogni specifici delle donne affette da uso, abuso e/o dipendenza da sostanze psicoattive legali ed illegali, in un'ottica di sistema multi-professionale di operatori e reti operative integrate. L'intento è di coinvolgere nel progetto sia gli operatori dei servizi appartenenti al sistema di cura di tossicodipendenza ed alcolismo sia gli operatori del Consultorio Familiare e dei Servizi Ospedalieri di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria. Le criticità rilevate evidenziavano un'insufficiente coordinamento tra i Servizi ed una sottovalutazione delle problematiche di carattere fisico e tossicologico, psichico e sociale connesse. Si è pertanto progettato un sistema di coordinamento e raccordo tra Servizi diversi, per migliorare l'offerta di cura per le donne che si trovano in situazioni di disagio a causa dell'uso di sostanze psicotrope. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, progettato e curato dai Servizi dell'Azienda ULSS 17, è stato pertanto indirizzato per:

- individuare un percorso assistenziale per la realizzazione degli interventi sociosanitari integrati a favore della tutela della salute della donna affetta da uso, abuso o dipendenza da sostanze psicoattive legali ed illegali, all'interno del bacino di utenza dell'Azienda U.L.S.S. n.17 - Regione Veneto.
- Gli attori del progetto sono rappresentati dagli operatori di quattro Servizi interni all'Azienda ULSS 17: U.O.C. Dipendenze, Consultorio Familiare, U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, U.O.C. Pediatria.

- Oggetto dell'intervento sono le donne che, a parere del "case manager" prevalente, necessitano di un percorso di cura integrato che includa, accanto alla presa in carico della problematica tossicomantica, anche la presa in carico delle problematiche di genere e, nello specifico, della gravidanza.

Tale percorso integrato mira pertanto alla più ampia tutela della salute della donna e del nascituro, mediante un programma di sostegno e cura della gravidanza e della condizione tossicomantica. Nel percorso può essere coinvolta ogni figura in organico ai quattro servizi coinvolti in relazione alle necessità e alle soluzioni individuate per ogni singola paziente interessata dall'intervento. I responsabili della progettazione integrata e dell'attivazione e mantenimento delle interrelazioni tra Servizi coinvolti, sono identificate nei "Case manager" appartenenti ad ognuno dei Servizi interessati dal percorso di cura. Il personale di assistenza appartenente ad ognuno dei Servizi interessati dal percorso di cura collabora alla realizzazione del PDTA, facendosi carico dell'intervento informativo e facilitante la *compliance* della paziente. Sono stati pertanto delineati due percorsi:

- 1) Percorso di presa in carico integrata della donna affetta da uso, abuso o dipendenza da sostanze psicoattive legali ed illegali per la tutela della salute femminile.
- 2) Percorso di presa in carico integrata della donna affetta da uso, abuso o dipendenza da sostanze psicoattive legali ed illegali in condizione di gravidanza.

Sono stati predisposti appositi moduli per la circolazione delle informazioni e previste attivazioni di *equipes* allargate o Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali per la definizione e la condivisione della presa in carico della paziente oggetto dell'intervento.

## **Risultati attesi**

- Per ogni caso condiviso, compilazione, ai fini della diffusione, della scheda di comunicazione tra i Servizi coinvolti.
- Per ogni caso condiviso di paziente in gravidanza, oggetto dell'intervento dei vari Servizi coinvolti, attivazione di un incontro di equipe allargata oppure di una UVMD per la definizione e la condivisione della presa in carico, entro un massimo di tre mesi dalla data di primo contatto con uno dei Servizi coinvolti.
- Per ogni caso condiviso di paziente in gravidanza, oggetto dell'intervento dei vari Servizi coinvolti, programmazione ed effettuazione di almeno altri due incontri di equipe allargata, oppure UVMD nel corso della gravidanza e del puerperio.

## **Risultati raggiunti(rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Nel primo anno di attività sono state 4 le donne oggetto dell'intervento coordinato, per le quali sono stati tenuti regolari contatti informativi e per le quali sono state organizzate le *equipiesallargate* e le UVMD previste. Questo intervento ha consentito di accompagnare le pazienti durante tutto il percorso di gravidanza e di puerperio, secondo una programmazione di interventi integrati che hanno consentito una presa in carico di tutte le complesse problematiche di carattere sanitario, psicologico e sociale connesse.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?**      Si

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 17 mesi

**Costi complessivi del progetto:**      0

## **n. 2 - Progetto: Centro di Ascolto ed Interpretariato**

**Nome del servizio:** URP      COMUNICAZIONE      E      PRONTO  
SOCCORSO OSPEDALE DELL'ANGELO MESTRE

**Indirizzo:**      VIA PACCAGNELLA 11, MESTRE

**Regione:**      VENETO      **Provincia:**      Venezia

**Comune:**      Venezia      **CAP:**      30173

**Azienda:**      ASL

**Struttura:**      Ospedale

**Responsabile Progetto:**      Gloria Leandro Giulio Belvederi

**Email:** gloria.leandro@ulss12.ve.it

**Data Inizio:**      15 marzo 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?**      No

**Area Trattata:** Comfort e processi organizzativi, Presa in carico, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Comportamenti, Rete Emergenza, Informazioni / Segnalazioni, Liste di attesa, Ospedale, Pronto soccorso, Stranieri in Italia, Ticket ed esenzioni

**Centro di Ascolto** ed Interpretariato per Utenti Stranieri e non.

**Individuo coinvolto:** Professionisti sanitari, Immigrato.

### **Descrizione sintetica del progetto**

Il Pronto Soccorso (PS) da una risposta competente ma limitata al danno fisico. Il personale sanitario interagisce con persone di nazionalità diversa. La necessità è di comunicare con i cittadini stranieri per evitare le incomprensioni e contenere le ansie degli accompagnatori. Obiettivo del progetto è dotare il PS di un centro di ascolto per utenti e familiari stranieri e non, con la valorizzazione di particolari competenze proprie dei dipendenti dell'Azienda. Un rapporto più stretto con il personale della stessa Azienda è più efficace per chi si rivolge al PS e motivante per chi opera. La multietnicità non è solo dei pazienti: parte del personale proviene da più parti del mondo e costituisce un serbatoio di idiomi e culture prezioso. Il personale che aderisce opera durante l'orario di lavoro.

### **Risultati attesi**

1) RICERCA: approfondimento quantitativo e qualitativo del fenomeno attraverso:

a) l'analisi epidemiologica: mira a rilevare la frequenza, le caratteristiche socio-culturali (ad esempio, immigrazione, turismo ecc ...) e le cause per le quali i cittadini stranieri si recano al Pronto Soccorso di Mestre. In particolare, tale analisi è finalizzata a cogliere eventuali indicatori ovvero le caratteristiche di tutti coloro

che hanno richiesto al suddetto Servizio interventi ripetuti (alti utilizzatori);

b) pubblicazione dei risultati: il fine è quello di incrementare la sensibilità, la presa d'atto del fenomeno e la promozione di eventuali interventi analoghi.

## 2) PREVENZIONE:

a) fornire uno spazio di ascolto, accoglienza, informazione e consulenza per gli utenti e i loro famigliari, anche di altre nazionalità, al fine di migliorare la comunicazione e la gestione delle ansie connesse all'approccio con tale Servizio;

b) sensibilizzare l'ambiente sanitario sulle problematiche emergenti e sottese all'accesso dei Servizi Sanitari dei cittadini stranieri.

### **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Da Marzo 2013 si sono registrati circa 5 accessi al mese con relativa presa in carico. Il progetto andrebbe potenziato con specifico referente e creazione in loco di uno Sportello.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?**No

**Note:** si riscontra l'esigenza e la necessità di potenziare il progetto creando uno sportello finalizzato a garantire una migliore accoglienza, presa in carico positiva, miglioramento della comunicazione. Diminuirebbe nel contempo il fenomeno delle "fughe" dal PS.



### **n. 3 - Progetto : Ospedale regionale di Aosta, esperienza di Bed management, 2012-2013**

Nome del servizio: Direzione Medica ospedaliera

Indirizzo: VIALE Ginevra, 3

Regione: VALLE D'AOSTA Provincia: Valle  
d'Aosta

Comune: Aosta CAP: 11100

Azienda: ASL

Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: Dott. Roberto Novati

Email: rnovati@ausl.vda.it

Data Inizio: 01 gennaio 2012

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Comfort e processi organizzativi, Presa in carico, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Accesso ai servizi, Trasparenza, Comportamenti, Dimissioni, Rete Emergenza, Risk Management e prevenzione degli errori, Ospedale, Pronto soccorso, Ricoveri

**Individuo coinvolto:** Anziano, Bambino, Persona con disabilità, Immigrato, Professionisti sanitari

#### **Descrizione sintetica del progetto**

La mancanza di gestione dei flussi di persone in Ospedale produce effetti su tutte le fasi del ricovero e, in modo molto visibile, sui

tempi d'attesa in Pronto Soccorso. È ben noto che il sovraffollamento, la degenza prolungata in Pronto Soccorso e il ritardo nelle dimissioni accrescono il rischio clinico (è aumentato il rischio di infezioni ospedaliere). A ciò si somma il grave disagio subito dai pazienti, familiari e lavoratori esposti a un ambiente inidoneo, a volte pericoloso e altamente conflittuale. Iniziano dunque a diffondersi anche nel nostro paese tentativi di governo dei flussi dei pazienti in Ospedale, il cosiddetto "*Bed Management*" (BM). In Ospedale regionale di Aosta nel 2011, è stata decisa l'adozione di un regolamento di BM con le funzioni ad esso correlate, a seguito delle criticità riscontrate in PS.

Gli obiettivi principali del BM nel nostro ospedale sono:

- miglioramento della gestione dei flussi dei pazienti in entrata dal Pronto Soccorso e in uscita verso il territorio, con un *focus* particolare verso i lungodegenti sociali;
- valutazione di impatto del regolamento su un set di indicatori di attività ospedaliera a un anno dall'introduzione del Bed Management in Ospedale regionale di Aosta.

Si tenga presente che l'Ospedale regionale è l'unica struttura di ricovero per acuti in regione Valle d'Aosta: dispone di 432 posti letto in regime di ricovero ordinario, 52 posti letto in regime di Day Hospital, articolati su quattro strutture e otto dipartimenti clinici. Sono presenti le principali specialità medico chirurgiche (ad eccezione di cardiocirurgia e neurochirurgia degenza) e un DEA di secondo livello.

I contenuti del progetto di Bed Management sono stati collegialmente discussi tra Direzione Medica di Presidio (DMP), Direttori di Dipartimento e Direzione Strategica nel corso del 2011 e sono confluiti in un - Regolamento per una appropriata gestione

dei posti letto in ospedale -, reso esecutivo con delibera del Direttore Generale dal 1° gennaio del 2012.

La funzione di Bed Manager è stata assegnata alla DMP e viene gestita in via non esclusiva dal Direttore medico, un dirigente medico, un Coordinatore infermieristico e un infermiere esperto, ed è completata per quanto di competenza, dal Servizio sociale ospedaliero (due risorse); di notte, di sabato e nei festivi la funzione è svolta dal medico reperibile di DMP.

In sintesi, il modello adottato è il seguente:

Flusso pazienti in entrata da Pronto Soccorso:

- Il Pronto Soccorso decide del ricovero e decide il reparto di destinazione del paziente, dandone avviso allo specialista di riferimento.
- Lo specialista di riferimento accoglie il paziente in reparto in caso di disponibilità del posto letto.
- Se il posto letto in reparto non è disponibile lo specialista ricerca il letto, dapprima all'interno del dipartimento, successivamente all'interno dell'area di appartenenza, da ultimo in tutto l'Ospedale.
- In tutti i casi il tempo di permanenza in PS del paziente, di cui è stato deciso il ricovero, non deve superare i sessanta minuti.
- Il paziente eventualmente ricoverato fuori reparto resta in carico al reparto assegnatario.
- Il team di BM è a disposizione h24 per le eventuali difficoltà relative ai punti da 1 a 4.
- La procedura di trasferimento fuori valle è avviata per specialità non presenti in Ospedale regionale (ad esempi cardiocirurgia e centro grandi ustionati) e in caso di indisponibilità di letti in area critica.

Da notare che il modello si regge sul ricovero fuori reparto dei pazienti, secondo il flusso logico dipartimento>area> ospedale. Inoltre, il servizio sociale gestisce un *file* dei casi assistiti, condiviso con tutti i componenti del team. Nel modello descritto il team di BM ha un ruolo di supporto e monitoraggio; il monitoraggio quotidiano si basa sulla lettura dell'applicativo gestionale ospedaliero, che oltre alla visione delle presenze per reparto, consente rapidamente le analisi di flusso utili al contesto, quali ad esempio pazienti entrati/usciti nella settimana in un reparto, eventualmente da presentare e discutere con gli interessati. Ad eccezione degli accessi in e del tasso di ricovero da PS, i dati sono stati analizzati non solo nel 2012 a confronto con il 2011 ma per tutto il quinquennio 2008-2012, con l'obiettivo di valutare l'eventuale impatto del modello proposto all'interno di un lungo periodo di osservazione delle attività ospedaliere.

## **Risultati attesi**

Considerati gli obiettivi principali prefissati della funzione di BM nell'Ospedale regionale di Aosta, gli indicatori analizzati sono i seguenti:

- degenza media
- occupazione media
- numero dimessi da ricovero ordinario
- dimessi deceduti
- ricoveri ripetuti entro 30gg
- età media
- giornate *outlier* (%)
- ricoveri lunghi (15-23 gg, in %)
- ricoveri molto lunghi (> 24 gg, in %)
- accessi pronto soccorso

- tasso di ricovero da PS
- ricoveri molto brevi (24-48 ore, in % )
- posti letto medi ordinari
- giornate di degenza
- indice di rotazione
- intervallo di turnover

Infine, gli indicatori più significativi sono stati oggetto di elaborazione statistica.

### **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Tabelle e grafici relativi ai risultati ottenuti sono inviati in allegato mail, che è parte integrante della presente partecipazione al bando. Dall'introduzione del modello riscontriamo una significativa diminuzione di degenza media, ricoveri lunghi (>14 giorni), molto lunghi (> 21 giorni) e percentuale di giornate *outlier* ( $p < 0.001$  per tutti i parametri citati); i risultati osservati si replicano a livello ospedaliero distintamente in area medica e in area chirurgica. Inoltre, sono migliorati *turnover* e indice di rotazione, sono in aumento gli accessi in PS, il tasso di ricovero è stabile, così come i *case mix* e l'indice comparativo di *performance* (misurati fino al 2012). Il servizio sociale nel corso del 2012 ha seguito 961 pazienti, con un aumento del 35,7% rispetto al 2011. Da notare che ben il 14% dei pazienti segnalati al servizio sociale è deceduto in Ospedale prima della dimissione. Infine, i tempi di attesa in PS dal 2012 si sono quasi dimezzati.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?**      Sì

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 60 mesi

**Costi complessivi del progetto:** 0

**Note:** I risultati del progetto sono stati pubblicati e presentati a congressi nazionali e internazionali. Sull'argomento è imminente lo svolgimento di un convegno dedicato, che raccoglierà le esperienze simili effettuate finora in Italia.

#### **n. 4 - Progetto: La compromissione della deglutizione nell'anziano fragile istituzionalizzato**

**Nome del servizio:** RESIDENZIALITA' TERRITORIALE

**Indirizzo:** VIA CERERIA, 2/B

**Regione:** VENETO **Provincia:** Vicenza

**Comune:** Bassano del Grappa **CAP:** 36061

**Azienda:** ASL

**Struttura:** Distretti

**Responsabile Progetto:** MOSELE ANTONELLA

**Email:** antonella.mosele@aslbassano.it

**Data Inizio:** 28 Gennaio 2013

**Data Conclusione Prevista:** 30 Giugno 2015

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Categoria di appartenenza:** Case alloggio / comunità / centri diurni

**Individuo coinvolto:** Anziano

### **Descrizione sintetica del progetto**

I mutamenti fisiologici come la diminuzione del gusto e dell'olfatto, deficit masticatori, anoressia multifattoriale, diminuita attività fisica, nonché i mutamenti dei fattori sociali come lutti, vedovanza, isolamento, depressione, demenza e la presenza di polifarmacoterapia possono portare la persona anziana istituzionalizzata ad avere una compromissione della deglutizione con conseguente alterazione della qualità di vita. Nella popolazione nazionale la prevalenza della disfagia viene stimata intorno al 20% . Nei soggetti anziani istituzionalizzati, la disfagia è predominante, con una prevalenza che raggiunge valori compresi fra il 40 e il 60%; è causa di numerosi ricoveri e rappresenta un problema debilitante e costoso soprattutto dal punto di vista sociale. Risulta, quindi, importante individuare precocemente il problema per trattarlo efficacemente. Data la complessità del fenomeno, si richiede un approccio multi-professionale e multi-disciplinare, secondo le Linee Guida con modalità uniformi in ambito Aziendale. La disfagia se non gestita in modo appropriato, oltre a limitare la qualità di vita della persona - che non può beneficiare di uno degli ultimi piaceri residui quali i pasti quotidiani -, va incontro precocemente al posizionamento del sondino naso-gastrico o della PEG con evidenti ulteriori disagi e costi aggiuntivi.

Le principali conseguenze della disfagia sono: malnutrizione, disidratazione, allettamento e perdita dell'autonomia, insorgenza di lesioni da decubito, Ab ingestis, alterazione ritmo sonno/veglia, stipsi. Alle conseguenze si abbinano rispettivamente le seguenti spese: integratori alimentari, fleboclisi, supporto nelle Daily Life

Activities, medicinali e presidi, interventi salvavita, visite mediche, farmaci, PEG, interventi chirurgici.

Obiettivi del progetto:

- completare il percorso clinico-assistenziale ed organizzativo aziendale sulla disfagia neurogena e chirurgica, con particolare riguardo alle persone anziane istituzionalizzate con compromissione della deglutizione;
- presentare raccomandazioni e modalità di valutazione, progettazione e monitoraggio specifici, integrati ed omogenei nelle varie fasi di manifestazione ed evoluzione del problema, nelle varie realtà;
- coinvolgere in maniera mirata i famigliari nella somministrazione dei pasti attraverso piani educativi supportati da specifico strumento elaborato che viene utilizzato anche in assistenza domiciliare.

Per far fronte alla carenza di conoscenze nel trattamento della disfagia ed alla disomogeneità di approccio (strumenti e metodi) delle 17 realtà, è stato istituito un gruppo di lavoro che ha elaborato, oltre ad una formazione residenziale, anche tutti gli strumenti e metodi per assicurare la presa in carico della persona con Disfagia. Per la pianificazione dell'assistenza, è stato formulato l'accertamento mirato alla disfagia, attraverso scale di valutazione del grado disfagia, un diario alimentare quotidiano e un piano assistenziale specifico per ospiti con disfagia. E' stato elaborato uno strumento per la prescrizione delle attività all'operatore socio sanitario da parte delle figure professionali, in particolare infermiere e logopedista. Nelle strutture Residenziali la figura che prevalentemente partecipa all'assunzione del pasto dell'ospite è l'OSS; la mancanza di precise indicazioni può avere ricadute importanti nella gestione della disfagia delle persone. Per i casi più



complessi l'assunzione viene condotta dall'infermiere e/o dalla Logopedista.

Data l'importante percentuale di ospiti disfagici e la scarsa conoscenza dei famigliari rispetto a questo problema, nei casi di disfagia lieve si è elaborata una guida all'assunzione del pasto per i famigliari e OSS che nelle Residenzialità sono particolarmente presenti e, se non coinvolti nella problematica, in più occasioni diventano fonte di rischio per gli ospiti. L'assunzione del pasto ad un ospite disfagico richiede tempi lunghi ed il personale non riesce a dedicare ad ogni ospite un tempo adeguato, la risorsa rappresentata dal familiare diventa così preziosa e fattibile con le valutazioni necessarie di ogni singolo caso. L'Unità Organizzativa Residenzialità Territoriale dell'ULSS 3 di Bassano del Grappa ha gestito il processo in integrazione con le Direzioni delle 17 residenzialità organizzando incontri informativi, gestione del Gruppo di Direzione, formulazione del progetto formativo residenziale e organizzando e presidiando le 9 edizioni formative.

## **Risultati attesi**

Diversi sono i risultati che si intendono raggiungere, in sintesi: incremento della collaborazione tra logopedista e personale di assistenza; presenza dei famigliari volontari durante la cena; utilizzo di prodotti per la prima infanzia; utilizzo di bevande adatte alle caratteristiche dell'ospite, al fine di aumentare l'idratazione nell'anziano disfagico (si intende inserire addensanti a basso costo da utilizzare centralizzando nelle cucine la preparazione delle bevande); fornire "fuori pasto", per migliorare lo stato nutrizionale (questo intervento riduce l'accesso agli integratori e relativi costi da parte dell'Azienda ULSS); preparazione di primo e secondo piatto separati evitando il miscuglio di diversi gusti migliorando così

l'appetibilità. Miglioramento delle conoscenze e competenze del personale, preparare ed organizzare una formazione mirata ai professionisti ed agli Operatori Socio Sanitari in grado di omogeneizzare le conoscenze e gli strumenti di pianificazione assistenziale.

### **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Nelle edizioni formative programmate (4 edizioni per Operatori Socio Sanitari – 5 edizioni per Professionisti) sono stati preparati 400 OSS e 190 Professionisti dei Centri di Servizio. Sono stati distribuiti a tutte le 17 strutture: brochure “COME ASSISTERE LA PERSONA DISFAGICA” dedicate a familiari e operatori socio – sanitari.

Sono stati rilevati, tramite questionari, i seguenti cambiamenti rispetto alla situazione di partenza:

- identificato un piano d'intervento con il Dipartimento di Prevenzione, per indirizzare le cucine dei Centri di Servizio a preparare diete e piatti adeguati e le bevande addensate a livello centralizzato anche per i disfagici;
- incremento della presenza di familiari/volontari durante la cena;
- incremento dell'utilizzo di prodotti per la prima infanzia e della tipologia di prodotti;
- incremento delle strutture che riescono a fornire dei “fuori pasti” su richiesta;
- incremento delle strutture che riescono a rendere cibo e bevande adatto ai disfagici.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? Si.**  
Sono state coinvolte 17 strutture pari a circa 1700 posti letto

**Durata Progetto:** 18 mesi

**Costi complessivi del progetto:** € 7.120

#### **n. 5 - Progetto: Chi decide al posto mio**

**Nome del servizio:** RESIDENZIALITA' TERRITORIALE

**Indirizzo:** VIA CERERIA, 2

**Regione:** VENETO **Provincia:** Vicenza

**Comune:** Bassano del Grappa **CAP:** 36061

**Azienda:** ASL

**Struttura:** Distretti

**Responsabile Progetto:** MARIO MARIN

**Email:** mario.marin@aslbassano.it

**Data Inizio:** 02 aprile 2013

**Data Conclusione Prevista:** 31 dicembre 2015

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** ASSOCIAZIONE AMAD - FAMIGLIARI OSPITI RESIDENZIALITA' - CITTADINANZA

**Individuo coinvolto:** Anziano

## Descrizione sintetica del progetto

Alcune norme di riferimento:

- Cass. Civ. 25/09/1994
- L'art. 32, co 1 e 2 della Costituzione
- Codice penale Art. 50 e 54
- L. 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del SSN, all'art. 33, co 1 e 5
- D.M. 3 marzo 2005 art. 11: "la trasfusione di sangue, di emocomponenti e di Emoderivati"

Per i componenti delle équipes che operano nei Centri di Servizio (CS) si pone spesso la questione etica sul "confine" dell'intensità di cura, ovvero fino a che punto l'attività terapeutica si può spingere e trovare un giusto equilibrio per evitare l'accanimento terapeutico? Ne cogliamo in pieno la dimensione etica se si ha riguardo a tutti i molteplici aspetti: valutazioni e criteri di giudizio sulla pertinenza o meno di ogni atto assistenziale rivolto all'individuo, le attese del soggetto che lo pratica e le attese e le aspettative di chi lo riceve, i motivi e le conseguenze degli atti stessi.

Si aggiunga poi che, nei CS vi è un'alta prevalenza di persone con deficit cognitivi e difficoltà all'integrazione decisionale nel piano di cura. Particolarmente delicate sono talune situazioni clinico-assistenziali che appaiono esemplari, quali: l'utilizzo della contenzione fisica e farmacologia, il ricorso alla nutrizione ed idratazione artificiale negli ospiti con demenza in stadio avanzato, il ricorso alla rianimazione cardiopolmonare e alla ospedalizzazione per eventi acuti.

Da tempo i Centri di Servizio segnalano all'UO Residenzialità Territoriale le conflittualità che emergono tra operatori socio sanitari

e famigliari, quando si pone il problema di ricorrere a prestazioni invasive. Alcune caratteristiche del problema sono: la fragilità dell'anziano istituzionalizzato; necessità di omogeneizzare criteri e logiche per la gestione delle prestazioni invasive; conflittualità tra personale e famigliari nelle scelte terapeutiche. Fondamentalmente sono da distinguersi due aspetti:

1. la prestazione invasiva individuata per l'ospite con capacità cognitive presenti;
2. la prestazione invasiva in ospite incapace di intendere e volere, configurabile nei Centri di Servizio (C.S.) con l'importante percentuale di demenze gravi.

In presenza di ospite cosciente, il ricorso alle prestazioni invasive deve avvenire nel rispetto della volontà espressa dall'ospite; con gli ospiti inconsapevoli (stati vegetativi, anziani con demenza avanzata o grandi vecchi all'epilogo della vita) si aprono problemi etici, giuridici e clinici più importanti. In diverse occasioni i Direttori ed il personale di assistenza dei C.S. hanno evidenziato difficoltà quotidiane incontrate nel rapporto con i famigliari, contrasti fra evidenze scientifiche e prassi assistenziali attuabili concretamente, problematiche legate ai valori dei singoli operatori nelle scelte da fare verso la persona assistita.

Obiettivo Generale:

- sensibilizzare il sistema delle Strutture Residenziali alle problematiche del consenso alle cure nell'anziano con fragilità decisionale.

Obiettivi specifici:

- coinvolgimento motivazionale di operatori e familiari verso una decisione condivisa del piano assistenziale;

- sensibilizzare operatori e familiari ad alcuni temi etici: direttive anticipate, rispetto dell'autonomia dell'individuo, principi di beneficenza e proporzionalità delle cure;
- sensibilizzare gli operatori e i familiari all'individuazione sistematica della fragilità decisionale legate alle condizioni di anziano e/o portatore di deficit cognitivo;
- informare operatori e parenti sul sistema normativo di tutela dell'autonomia decisionale /tutore ed amministratore di sostegno);
- fornire metodi e strumenti per la gestione del consenso informato;
- consegnare alle Strutture Residenziali "Raccomandazioni di orientamento alla gestione di prestazioni invasive in anziani inconsapevoli";
- interventi
  - o presentazione del progetto al Comitato Etico
  - o presentazione progetto alla Direzione Strategica;
  - o condivisione progetto con stakeholder
  - o deliberazione progetto
  - o stesura di 2 documenti separati (1° consenso informato + modulistica – 2° raccomandazioni di orientamento alla gestione di prestazioni invasive in anziano inconsapevole
  - o stesura corso di formazione per il personale dei C.S.
  - o contatti con la stampa locale per informazione sul progetto
  - o pubblicazione del progetto su sito Aziendale
  - o lettera ai singoli famigliari degli ospiti dei C.S. sul progetto.

## **Risultati attesi**

1) Sensibilizzare il personale di assistenza ed i famigliari sulle norme che orientano l'agire professionale: con particolare attenzione al consenso informato per gli ospiti cognitivamente

integri e alle raccomandazioni principali per la gestione delle prestazioni invasive negli ospiti dementi o cognitivamente lesi.

2) Condividere una modalità comune di analisi e gestione dei singoli casi che richiedono prestazioni invasive sulla persona.

3) Certificare le volontà delle persone residenti nelle strutture residenziali prima che queste presentino deficit cognitivi di diversa natura (direttive anticipate).

4) Coinvolgere i familiari in una decisione condivisa delle scelte.

5) Fornire "Raccomandazioni di orientamento alla gestione di prestazioni invasive in anziani inconsapevoli" a tutte le Residenzialità che aderiscono al progetto.

### **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Al momento è in fase di definizione la formazione da garantire al personale ed alla organizzazione delle diverse fasi di implementazione del progetto. L'Azienda e tutte le 17 strutture residenziali aderiscono al progetto.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 32 mesi

**Costi complessivi del progetto:** €20.500

**Note:** In fase di definizione anche se il monte ore uomo sarà la spesa più rilevante

**n. 6 - Progetto: La gestione del dolore cronico negli anziani nei centri di servizio**

Nome del servizio: RESIDENZIALITA' TERRITORIALE

Indirizzo: VIA CERERIA, 2/B

Regione: VENETO Provincia: Vicenza

Comune: Bassano del Grappa CAP: 36061

Azienda: ASL

Struttura: Distretti

Responsabile Progetto: DR. MARIO MARIN

Email: mario.marin@aslbasano.it

Data Inizio: 01 giugno 2012

Data Conclusione Prevista: 31 Dicembre 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti:** Associazione Amad

**Categoria di appartenenza:** Terapia del dolore

**Individuo coinvolto:** Anziano

**Descrizione sintetica del progetto**

Normativa di riferimento: la Legge 15 marzo 2010, n. 38  
"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia



del dolore" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010.

E' noto che gli anziani presentano un'incidenza più elevata di malattie che si accompagnano a dolore (osteoporosi, neuropatie, neoplasie ecc.). La prevalenza del dolore persistente aumenta progressivamente con l'età raggiungendo addirittura l'80% negli ospiti dei Centri Servizi. La presenza di dolore interferisce pesantemente sulla qualità di vita e sul grado di autosufficienza di chi ne è affetto e ciò è particolarmente significativo per le persone anziane che, già di per sé, sono fragili sotto diversi aspetti.

Da queste considerazioni si dovrebbe dedurre che un corretto ed efficace approccio al dolore della persona anziana rappresenta una priorità sociale, ma nella realtà ciò non si verifica. Alcuni studi indicano che comunemente il dolore viene sottovalutato nei pazienti dementi rispetto ai non dementi (Morrison e Siu, 2000, Leong e Nuo, 2007).

Gli ostacoli che impediscono una corretta gestione del dolore nella persona anziana sono:

- la convinzione che il dolore sia un inevitabile compagno della vecchiaia e che quindi la sua presenza vada accettata con atteggiamento fatalistico;
- la convinzione che gli anziani, specie se affetti da deficit cognitivo, percepiscano meno il dolore;
- il timore di utilizzare i farmaci antidolorifici, ed in modo particolare gli oppioidi, con la giustificazione che le comorbilità e il concomitante uso di parecchi farmaci ne aumentino gli effetti avversi;
- una carenza nella valutazione e misurazione del dolore nel tempo per motivi culturali e/o mancanza di strumenti idonei.

Nell'Azienda Sanitaria ULSS n. 3 nel 2010-2011 è stata realizzata una formazione a tappeto per tutto il personale di assistenza dei Centri Servizi, sulla rilevazione del dolore nella persona non comunicante con l'utilizzo della Scala NOPPAIN. In seguito si è estesa la rilevazione del dolore a tutti gli ospiti dei Centri di Servizio, anche non dementi, implementando le linee guida che riguardano la gestione del dolore cronico benigno. Obiettivo: gestire il dolore negli anziani delle Residenzialità Territoriali attraverso un'adeguata rilevazione, con l'utilizzo delle scale individuate e successivo trattamento rispettando le Linee Guida SIAARTI sul dolore cronico benigno. Per assicurare la rilevazione costante del dolore è stato necessario definire con precisione l'organizzazione della presa in cura degli ospiti anziani nei Centri di Servizio attribuendo alle figure professionali coinvolte un certo numero e tipologia di ospiti da monitorare. Gli Operatori Socio Sanitari, in costante contatto nell'assistenza di base agli anziani, si interessano nello specifico di ospiti non comunicanti ai quali rilevare, con la scala NOPPAIN, la presenza o meno di dolore. Gli infermieri invece rilevano il dolore con la scala NRS degli ospiti comunicanti e approfondiscono la quantità e la qualità di dolore negli ospiti non comunicanti segnalategli dagli OSS di riferimento. I Medici di Medicina Generale su segnalazione e misurazione del dolore da parte dell'infermiere valutano l'eventuale terapia antalgica da prescrivere. Su 17 Centri di Servizio, afferenti all'Azienda ULSS 3, hanno partecipato 15 strutture. Per implementare l'attività di misurazione del dolore sono state definite le seguenti modalità:

- compilazione per ogni utente privo di diagnosi di demenza dell'MMSE da parte della psicologa per distinguere ospiti comunicanti dai non comunicanti;

- suddivisione degli ospiti comunicanti e non comunicanti in specifici elenchi;
- schema di attribuzione degli ospiti ai singoli operatori. Gli OSS ospiti non comunicanti, gli infermieri ospiti comunicanti; (presenza di una scheda in cui sia gli infermieri che gli O.S.S. hanno in cura gli ospiti comunicanti e non);
- scheda mensile di rilevazione del dolore per 10 volte per ospite per operatore;
- verifica compilazione scheda Noppain compilata dagli OSS da parte degli infermieri;
- verifica comunicazione del dolore all'infermiera e MMG tramite scheda dove viene tracciata la comunicazione del dolore al medico da parte del coordinatore.

L'innovazione è consistita nel misurare costantemente il dolore a tutti gli anziani, almeno 1 volta alla settimana ed inserire uno strumento per la rilevazione del dolore anche agli anziani dementi con i quali è molto difficile interpretare il dolore (Le demenze rappresentano il 53% sul totale).

## **Risultati attesi**

I risultati attesi erano i seguenti: - sviluppare una cultura negli operatori dei Centri di Servizio di riduzione del dolore inutile, in particolare negli anziani ancor più se dementi per i quali si dà per scontata la presenza di dolore; - formare a tappeto gli operatori sul "dolore" e sugli strumenti scientifici per rilevarlo sapendo che è un sintomo e non un segno; - fotografare con indagine di prevalenza la presenza di dolore in tutte le strutture; - suddividere in ogni struttura le persone comunicanti dalle non comunicanti con MMSE; - definire strumenti di comunicazione del dolore della persona tra professionisti; - definire raccomandazioni omogenee di rilevazione e

trattamento del dolore; - verificare in ogni struttura che sia garantita la rilevazione del dolore; - monitorare l'andamento delle principali categorie di farmaci.

### **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Sono stati formati: 20 coordinatori, 122 infermieri e 488 O.S.S., 20 Medici di Medicina Generale, 15 Psicologi + 5 fisioterapisti + 1 assistente sociale.

Nelle 15 strutture coinvolte, viene rilevato il dolore agli anziani comunicanti e agli anziani non comunicanti secondo i criteri e strumenti identificati nel progetto. Vi è un aumento delle terapie antidolorifiche e una diminuzione delle terapie con antinfiammatori; il farmaco più utilizzato rimane il paracetamolo.

Rilevazione costante nel tempo del dolore a 585 ospiti comunicanti con scala NRS.

Rilevazione costante nel tempo a 678 ospiti non comunicanti con scala NOPPAIN.

Rilevazione della prevalenza di dolore prima (gennaio 2013) del progetto e dopo (maggio 2013).

Implementazione delle linee guida per la gestione del dolore da parte dei MMG che operano nei Centri di Servizio.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? S i**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? Si**

Diciamo che di 17 strutture 15 hanno aderito al progetto

**Durata Progetto:** 30 mesi

**Costi complessivi del progetto:** € 6.000

**Note:** L'importo è relativo al pagamento dei docenti, l'impegno del personale rientrava nell'attività assistenziale quotidiana.

## **n. 7 - Progetto: Riabilitazione Disabilità Acquisita**

Nome del servizio: Azienda ULSS 21 Legnago VR

Indirizzo: VIA Gianella , 1

Regione: VENETO Provincia: Verona

Comune: Legnago CAP: 37045

Azienda: ASL

Struttura: Distretti

Responsabile Progetto: Margherita Bissoli - Caprara Daniele

Email: [caprara.daniele@aulsslegnago.it](mailto:caprara.daniele@aulsslegnago.it)

Data Inizio: 30 aprile 2012

Data Conclusione Prevista: 30 aprile 2015

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti:** Promozione di esperienze di auto-mutuo aiuto; UILDM (Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare), AISM (Associazione Italiana Sclerosi Multipla) - Associazione di volontariato GABBIA.NO ONLUS

**Area Trattata:** Comfort e processi organizzativi, Presa in carico, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Disabilità, Medicina del territorio, Riabilitazione

**Individuo coinvolto:** Persona con disabilità

### **Descrizione sintetica del progetto**

Il progetto riabilitativo socio-sanitario nasce dalla necessità di un percorso specifico per soggetti che si trovano ad affrontare una disabilità acquisita, fenomeno sempre più diffuso. Un danno cerebrale compromette direttamente le funzioni cognitive, la facoltà di pensare e decidere, il comportamento, le emozioni e la qualità della vita della persona interessata e le relazioni con gli altri. Un danno cerebrale acquisito comporta di frequente anche conseguenze per la famiglia, nel lavoro, nell'integrazione sociale, nella gestione del tempo libero e, in generale, per l'autonomia individuale. Ciò che incide sui pazienti affetti da deficit o disabilità cognitive e sui loro familiari sono i cambiamenti riguardanti le capacità decisionali, la consapevolezza, le capacità di adattamento e l'autocontrollo. Si mira quindi sia al recupero delle funzioni compromesse, sia alla reintegrazione sociale e, laddove è possibile, alla concretizzazione di una prospettiva lavorativa.

Le azioni con le quali si intende realizzare il progetto di riabilitazione sono le seguenti:

1. la costruzione e la conduzione di un progetto condiviso dai vari servizi a gestione diretta e/o convenzionata, dai professionisti coinvolti per la realizzazione di programmi socioeducativi integrati con la componente riabilitativa "sanitaria";
2. l'evoluzione dell'intervento riabilitativo in un percorso rivolto all'autonomia nell'ambiente di vita e di relazione della persona;

3. affidamento di programmi d'interventi riabilitativi e socio-educativi ad un soggetto convenzionato (progetto "Una casa per ricominciare" Cooperativa Sociale "Il Focolare");
4. accompagnamento delle famiglie durante il processo riabilitativo e socioeducativo della persona con interventi educativi e di sostegno psicologico;
5. formazione adeguata del personale a contatto con il soggetti;
6. promozione di esperienze di auto-mutuo aiuto in collaborazione con le Associazioni di Familiari.

Il soggetto viene inserito in:

- o attività riabilitative finalizzate al recupero delle autonomie;
- o attività occupazionali e di orientamento al fine di identificare il percorso successivo più consono;
- o attività di supporto psicologico allo scopo di superare le difficoltà emotive conseguenti alla modificazione sia dello stato di salute che della condizione di autonomia;
- o attività di supporto domiciliare.

Le strutture interne all'Azienda coinvolte sono: UOC di Neurologia, UOC di Rieducazione Funzionale, Direttore Servizi Sociali, Dipartimento Distretto, Servizio di Integrazione Lavorativa, UOS Età Adulta e la Sezione Qualità. Le risorse esterne coinvolte sono: Cooperativa Sociale Il Focolare.

I principali destinatari del progetto sono soggetti portatori di disabilità acquisita causata da un danno cerebrale e i familiari dei soggetti sopra riportati.

La principale documentazione di riferimento utilizzata è la seguente: direttive del Direttore Generale per la pianificazione, linee guida aziendali, documento della Presidenza del Consiglio dei Ministri relativo al PIANO DI INDIRIZZO PER LA RIABILITAZIONE – Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto

1997, n . 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione" -10/02/2011, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (2007); Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al comitato delle regioni "Strategia europea sulla disabilità 2010-2020: un rinnovato impegno per un'Europa senza barriere".

## **Risultati attesi**

Il principale risultato che si intende raggiungere è di favorire una maggiore autonomia dell'individuo nelle attività della vita quotidiana e di facilitare la sua inclusione sociale. Inoltre, il progetto mira a perseguire i seguenti risultati:

1. portare la persona ad acquisire più consapevolezza sulla propria disabilità e su ciò che gli sta accadendo;
2. accettazione dell'attuale e della prevedibile situazione;
3. controllare/ridurre lo stato della disabilità cognitive e/o comportamentali tramite esercizi specifici e se necessario interventi psicoterapeutici di sostegno;
4. sviluppare abilità e strategie per l'esercizio delle attività pre-lavorative e occupazionali;
5. sostegno alle famiglie;
6. sviluppo di gruppi di auto-mutuo tramite il coinvolgimento anche di Associazioni di Familiari.



## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

I risultati finora raggiunti, analizzati mediante una valutazione intermedia tramite l'effettuazione del previsto monitoraggio annuale, rivelano come il progetto stia proseguendo in linea con gli obiettivi prefissati.

- La presa in carico integrata e personalizzata sperimentata con questo progetto si è dimostrata un ottimo strumento anche per ridurre i costi dell'Azienda Sanitaria. La tempestiva presa in carico evita i possibili percorsi di istituzionalizzazione ed i relativi costi e facilita un più efficace reinserimento delle persone anche nel mondo del lavoro.

- Maggiore autonomia e attuazione di processi di reinserimento lavorativo.

- Pianificazione dell'attività post ricovero.

- Reinserimento sociale e lavorativo degli otto utenti inseriti nel progetto.

- Monitoraggio dell'evoluzione delle sue dinamiche sociali in modo tale da istituire una "tracciabilità" del cittadino. Ciò rende più facile stimare in modo tangibile l'efficacia del percorso di presa in carico.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?No**

**Durata Progetto: 36 mesi**

**Costi complessivi del progetto: € 53.000**

## **n. 8 - Progetto: Telemedicina per le ferite difficili**

Nome del servizio: UOD Telemedicina AO San Camillo-Forlanini

Indirizzo: CIRCONVALLAZIONE Gianicolense, 87

Regione: LAZIO Provincia: Roma

Comune: Roma CAP: 00152

Azienda: Azienda Ospedaliera

Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: Sergio Pillon

Email: s.pillon@scf.gov.it

Data Inizio: 01 gennaio 2009

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico, Comfort e processi organizzativi, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Accesso ai servizi / trasparenza, Assistenza domiciliare, Disabilità, Invalidità, Medicina di base, Patologie croniche

**Individuo coinvolto:** Anziano, Persona affetta da patologia cronica, Persona con disabilità, Persona con sofferenza mentale, Professionisti sanitari

### **Descrizione sintetica del progetto**

Le "ferite difficili" quali piede diabetico, piaghe da decubito, ulcere vascolari sono patologie particolarmente frequenti nei pazienti fragili e compromettono enormemente la loro qualità della vita. Basti

pensare che il 50% dei pazienti anziani con Alzheimer muoiono per complicanze legate a piaghe.

Le "medicazioni avanzate" non sono presidi forniti dalle ASL sul territorio e l'esperienza medica sul territorio è insufficiente. Inoltre è necessaria una multidisciplinarietà (chirurgo vascolare, chirurgo plastico, diabetologo, internista, geriatra). Il paziente, in genere con ridottissima mobilità deve essere medicato ogni due giorni e non riesce a seguire il piano di cura, finendo spesso per essere ricoverato, per pochi giorni, a causa delle complicanze (sepsi, amputazioni minori o maggiori, dolore) per poi essere restituito ad un territorio inadatto.

L'uso della telemedicina nell'ambito del SSN attraverso la richiesta di medicazione angiologica, addestramento del paziente o del caregiver, coinvolgimento del MMG e/o dell'infermiere del territorio, acquisizione del consenso informato, fornitura del materiale di medicazione, controllo via e-mail, secondo un protocollo concordato di raccolta immagini e dati, consente di ridurre di molto gli accessi in ospedale del paziente (mediamente ogni 15-20 giorni invece di 3 a settimana) e di seguire i pazienti fino alla completa guarigione. Dall'esperienza sviluppata nel modello sono state ricavate anche parte delle linee di indirizzo nazionali per la Telemedicina del Ministero della Salute, approvate dalla conferenza stato-regioni nel febbraio 2014. Sono stati coinvolti direttamente due medici, una infermiera ed un coordinatore infermieristico, come consulenti chirurghi plastici, vascolari, infettivologi e diabetologi.

E' stato ricavato un percorso di eccellenza all'interno dell'azienda, con indicatori di processo e di esito, definizione e monitoraggio delle garanzie tecnologiche, organizzative, di accesso, di aggiornamento, di qualità del servizio; seguiti ad oggi 150 soggetti (380 ulcere, circa 17.500 medicazioni) in telemedicina (posta elettronica). Sono

stati coinvolti caregivers «non professionali» (badanti, parenti), un infermiere o gli stessi pazienti. È stato adottato il questionario SF12 HealthSurvey per valutare la qualità di vita e un semplice questionario sulla «soddisfazione del cliente». Gli strumenti di budget, governo clinico, bilancio sociale aziendale e controllo della qualità sono stati “adattati” alla telemedicina. Abbiamo testato una applicazione per smartphone (MOWA, per sistemi operativi Android e iPhone). L'applicazione ha il marchio CE (93/42/CE), come dispositivo medico, classe 1.

### **Risultati attesi**

Miglioramento della percentuale di guarigione delle lesioni, riduzione degli accessi in ambulatorio e dei ricoveri, soddisfazione del paziente e dell'ambiente familiare

### **Risultati raggiunti**

Si riscontra: una percentuale globale di guarigione delle lesioni del 90% (75% tradizionale); assenza di ricovero ospedaliero (solo per la chirurgia ricostruttiva, ove necessario); riduzione del 35% dei costi globali; miglioramento nel 70% dei casi della qualità della vita. L'APP permette di analizzare un'immagine della lesione, effettua una valutazione automatica della area di necrosi, dell'area di granulazione e dell'area coperta da fibrina. L'area della ferita viene misurata in modo da poter effettuare una valutazione nel tempo e viene generato un documento PDF che può essere inviato al centro specialistico per la valutazione, archiviazione ed oggettivazione della cura.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto: 54 mesi**

**Costi complessivi del progetto: € 300.000**

### **n. 9 - Progetto: URGENZA PSICOLOGICA**

**Nome del servizio: URGENZA PSICOLOGICA**

**Indirizzo: VIA PUCCI, 7**

**Regione: LOMBARDIA Provincia: Milano**

**Comune: Milano CAP: 20145**

**Azienda: Ente no-profit**

**Struttura: Cooperativa sociale**

**Responsabile Progetto: MARINELLA SCIUMÈ**

**Email: urgenza.psicologica@coopcrea.org**

**Data Inizio: 20 aprile 2013**

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)? Si**

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti: PSICOLOGI VOLONTARI, VOLONTARI CROCE ROSSA, ASSOCIAZIONE NAZIONALE EX CARABINIERI, UTENTI RESIDENTI A MLANO E PRIMA FASCIA EXTRA URBANA.**

**Categoria di appartenenza:** Salute mentale, Assistenza domiciliare, Salute mentale

**Individuo coinvolto:** Persona con sofferenza mentale, Persona con sofferenza mentale

### **Descrizione sintetica del progetto**

Il servizio di urgenza psicologica è un servizio gratuito attivo su territorio milanese (Milano e prima fascia extra urbana). Ha l'obiettivo primario di rispondere professionalmente e tempestivamente a situazioni di crisi psicologica (non necessariamente inseribili in quadri psicopatologici già conclamati) e, come obiettivo secondario, di prevenire disturbi psicologici cronici. Si prevede, pertanto, un servizio di ricezione di chiamate telefoniche direttamente dall'utente e, raccolto il consenso, viene immediatamente effettuata una visita domiciliare presso la persona e/o familiari. L'equipe che interviene è costituita da uno psicologo e da un volontario di supporto (anc o cri).

Il volontario di supporto vigila sulla sicurezza della scena. Lo psicologo stabilisce una relazione di aiuto, effettua un triage psicosociale e opera nella direzione del contenimento e sostegno alla persona in crisi. L'intervento immediato e domiciliare rappresenta una innovazione nel campo degli interventi psicologici. Ogni intervento effettuato viene poi discusso all'interno di riunioni d'equipe settimanali con finalità di supervisione e di individuazione delle linee guide più idonee a rendere più efficaci gli interventi stessi.

I dati vengono raccolti sistematicamente nell'ambito di un progetto di ricerca quantitativo e qualitativo con focus sugli aspetti di complessità inerenti la situazione di urgenza psicologica.

## **Risultati attesi**

L'intervento tempestivo in situazione di crisi psicologica intende favorire un recupero immediato dell'equilibrio psicologico della persona che si rivolge al nostro servizio. Nel caso in cui la richiesta di aiuto si collochi in contesti di psicopatologia cronica o di avvio alla cronicità vengono proposti percorsi di cura più strutturati rivolti al singolo e/o ai suoi familiari o caregivers. Il recupero di un sufficiente equilibrio psicologico è inteso come indispensabile per un buono utilizzo delle risorse personali dell'utente, e un suo migliore "funzionamento" a livello familiare, lavorativo e sociale.

## **risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Le visite domiciliari effettuate si sono dimostrate efficaci e costituiscono un sollievo psicologico immediato nelle situazioni di crisi. In alcuni casi sono stati evitati accessi impropri al pronto soccorso, mentre in altri casi il soggetto è stato indirizzato a un aiuto più appropriato alla sua condizione di salute psicologica. Sono stati presi contatti con i servizi pubblici territoriali, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria pubblico-privato. Sono state individuate linee guida per la riproducibilità del metodo di lavoro in contesti diversificati.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto: 13 mesi**

**Costi complessivi del progetto: € 30.000**

**n. 10 - Progetto: Progetto Giobbe. RSA senza dolore**

Nome del servizio: ASL di Bergamo

Indirizzo: VIA Gallicciolli, 4

Regione: LOMBARDIA Provincia: Bergamo

Comune: Bergamo CAP: 24121

Azienda: ASL

Struttura: Dipartimento ASSI

Responsabile Progetto: Schiavina Elvira Telefono

Email: [eschiavina@asl.bergamo.it](mailto:eschiavina@asl.bergamo.it)

Data Inizio: 31 gennaio 2013

Data Conclusione Prevista: 31 dicembre 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico

**Categoria di appartenenza:** RSA-Residenze sanitarie assistite, Terapia del dolore

**Individuo coinvolto:** Anziano, Professionisti sanitari

**Descrizione sintetica del progetto**

Nelle Residenze Sanitarie Assistenziali di tutto il mondo, la cura del dolore è inadeguata: manca una rilevazione costante del “sintomo dolore” e c’è un ridotto utilizzo di analgesici. Questo “non prendersi



cura” del dolore è più diffuso fra i pazienti con demenza avanzata che lo manifestano indirettamente con espressioni del corpo e disturbi psichici e comportamentali. Nei pazienti in RSA la prevalenza del dolore è elevata (30-70%), ma raramente è possibile rimuoverne le cause (terapia eziologica); diventa quindi importante eseguire una terapia sintomatica del dolore inutile che è causa del peggioramento della qualità di vita. La prescrizione della terapia antalgica da parte del medico richiede un preciso inquadramento diagnostico del dolore (nocicettivo, neuropatico, misto): premessa difficile, ma indispensabile per il successo della terapia antalgica. Nell’anziano, in particolare se demente, le alterazioni comportamentali possono avere molteplici cause (oltre alla demenza) e vengono comunemente controllate con sedativi (neurolettici e benzodiazepine). L’ipotesi che in parte i disturbi comportamentali possano essere causati da una percezione dolorosa dovrebbe trovare conferma nella loro riduzione con la terapia antidolorifica. La cura del dolore dei pazienti non comunicanti richiede un’intensa collaborazione fra tutte le figure che compongono l’équipe: medico, infermiere, ASA/OSS, fisioterapista, psicologo. Ad oggi nel mondo non esiste un “modello guida” di cura del dolore nei pazienti non comunicanti, diventa quindi necessario mettere a confronto le varie esperienze. La Legge n.38/2010 ha reso obbligatoria la rilevazione del dolore in tutti i setting sanitari ed, insieme alle recenti scoperte in merito alla fisiopatologia del dolore (basate sulla risonanza magnetica funzionale) ed alle nuove combinazioni farmacologiche (oxicodone e naloxone, duloxetina, tapentadolo, fentanile transdermico a basso dosaggio), ha dato un notevole impulso alla “care” del paziente con dolore. L’ASL di Bergamo ha presentato il progetto nel gennaio 2013 al quale hanno aderito le prime 35 RSA accreditate della provincia (55,5%). Il

progetto non è uno studio scientifico, ma della scienza utilizza tutte le metodologie per permettere alle équipes di curare il dolore dei pazienti in modo efficace, conciliando la complessità delle cure antalgiche con l'esiguità del tempo a disposizione degli operatori. La metodologia individuata evita che la cura del dolore non si applichi perché troppo difficile, complicata, onerosa in termini di tempo di realizzazione e percepita dagli operatori come un obbligo procedurale, anziché che un modo per migliorare la qualità della vita. Tutti gli operatori hanno un ruolo ed una responsabilità nella realizzazione ed hanno in comune una elevata sensibilità culturale ed umanistica. Pertanto, è necessaria una formazione integrata per costruire un metodo di cura semplice, ossia applicabile quotidianamente, in ogni struttura ed a costi bassi, che potrà affinarsi nel tempo. L'ASL ha organizzato la formazione di 8 ore per i formatori di RSA (1 medico e 2 tra infermiere e fisioterapisti per ogni RSA).

Le tematiche trattate sono state per tutti gli operatori:

- il dolore nel paziente anziano;
- la valutazione del dolore in base al grado di deterioramento cognitivo;
- il progetto: dalla formazione alla realizzazione delle cure del dolore in RSA;
- i risultati del warm-up con il protocollo dolore.

Dopo la formazione gli operatori applicano come da protocollo la metodologia e gli strumenti per la rilevazione del dolore e per la somministrazione della terapia antalgica. La valutazione si riferisce al dolore somatico persistente ed acuto dove la causa è evidente e rimovibile (frattura, globo vescicale, fecalomi, flebite; la cura antalgica consiste nella terapia etiologica). La diagnosi effettiva di dolore somatico nel demente grave non comunicante corrisponde al

successo della terapia antalgica, pertanto sono determinanti il tipo e la modalità di somministrazione degli antidolorifici. Lo schema terapeutico proposto è stato definito nell'American Geriatric Society Panel "The management of chronic pain in older persons" (1998) e modificato in base alla disponibilità di nuove soluzioni farmacologiche, già collaudate.

Il protocollo indica per ogni step la terapia antalgica da somministrare. Collaborazioni con l'ASL di Bergamo: Associazione Giobbe Bergamo, 3 Associazioni di RSA, Fondazione della Comunità Bergamasca onlus.

## **Risultati attesi**

- Riduzione del dolore somatico negli anziani in RSA, anche con demenza grave non in grado di comunicare verbalmente. - Acquisizione della metodologia da parte dell'équipe, affinché la cura del dolore diventi una pratica strutturata e permanente nelle RSA.

Obiettivo della cura per pazienti con MMSE  $\geq 13$ , in grado di riferire il dolore: ridurre l'intensità del dolore: - 50% alla NRS (Numeric Rating Scale), oppure riduzione del punteggio a NRS  $\leq 3$ .

- 50% alla DN4 (Douleur Neuropathique en 4 Questions questionnaire), oppure riduzione del punteggio a DN4  $\leq 4$ .

Obiettivo della cura per pazienti con MMSE  $\leq 12$ : non in grado di riferire il dolore: ottenere più di uno dei seguenti indicatori: - allodinia espressiva: riduzione significativa e/o scomparsa; - espressioni del viso e del corpo: riduzione significativa e/o scomparsa; - cambiamenti stato mentale (disturbo comportamentale indice prescelto) NPI: riduzione  $\geq 50\%$  del punteggio iniziale; - NOPPAIN (Non-communicative Patient).

## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Formazione accreditata ECM a cura dell'ASL nel biennio 2013-2014 di n. 248 operatori (medici, infermieri, fisioterapisti). Formazione di tutti gli operatori nelle 63 RSA della provincia a cura degli operatori formati dall'ASL. Attivazione della sperimentazione in n.35 RSA (giugno-dicembre 2013) e messa a regime nei 6 mesi successivi. Attivazione della sperimentazione in n. 28 RSA (giugno-dicembre 2014) e messa a regime nei 6 mesi successivi. Adozione del protocollo di valutazione del dolore e di terapia antalgica in tutte le 63 RSA a fine 2014 per tutti gli ospiti. Nella prima fase di sperimentazione (01.06-01.12.2013) alcuni dei risultati raccolti in n. 35 strutture:

- n. 19.200 pazienti valutati;
- n. 2.148 pazienti con dolore (valutati con NRS e NOPPAIN);
- n. 1.025 schede dolore concluse (NRS e NOPPAIN);
- 11,7% pazienti con dolore sul totale dei pazienti valutati nel periodo.

Si ha conferma che la valutazione del dolore in pazienti che non riescono a comunicare è difficoltosa.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto: 24 mesi**

**Costi complessivi del progetto: € 5.080**

## **n. 11 - Progetto: Criteri di priorità nella lombosciatalgia**

Nome del servizio: Azienda per i Servizi Sanitari numero 5 (ASS 5) Bassa Friulana

Indirizzo: VIA Natisone, 2

Regione: FRIULI-VENEZIA GIULIA

Provincia: Udine

Comune: Palmanova CAP: 33057

Azienda: ASL

Struttura: Altro Ospedale Latisana+MMG

Responsabile Progetto: dott.ssa RymBednarova e dott. Luca Miceli

Email: fabulle69@libero.it

Data Inizio: 02 giugno 2014

Data Conclusione Prevista 02 giugno 2015

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Sì

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** Associazione Italiana Studio del Dolore (AISD)

**Area Trattata:** Presa in carico, Comfort e processi organizzativi, Trasparenza e partecipazione civica, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Accesso ai servizi / trasparenza, Comportamenti, Liste di attesa, Medicina di base, Ospedale, Patologie croniche, Sperimentazioni / terapie innovative, Terapia del dolore

**Individuo coinvolto:** Persona affetta da patologia cronica,  
Professionisti sanitari, Persona con disabilità

## **Descrizione sintetica del progetto**

La lombosciatalgia (low back pain LBP) rappresenta una delle cause più comuni di assenza dal lavoro e di accesso al proprio medico di famiglia: i pazienti che ne sono affetti convivono con tale disabilità per lunghi periodi di tempo, spesso per decenni, con le prevedibili conseguenze in tema di impatto algico ed economico-sociale. Purtroppo i pazienti passano spesso da uno specialista all'altro (generalmente ortopedico, neurochirurgo, fisiatra, terapeuta del dolore) senza una chiara governance di tali movimenti, ed il case manager (in questo caso il Medico di Medicina Generale MMG) non ha a disposizione gli strumenti opportuni per gestire tale problema di salute.

Il progetto avviato ha definito una linea d'indirizzo che metta in relazione il Medico di Medicina Generale allo specialista di riferimento nell'ambito della lombosciatalgia (LBP), in maniera da garantire al paziente una presa in carico consapevole, una continuità assistenziale tra professionisti, la terapia farmacologica corretta, e poi, se necessario, l'accesso al professionista/specialista in tempi ragionevoli (priorità).

Il progetto mira a realizzare un processo trasparente, equo, sostenibile ed appropriato; un primo passo verso la creazione di un PDTA (percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale) sul LBP, ancora assente oggi in Italia.

Grazie alla collaborazione tra l'ASS 5 Bassa Friulana (dott.ssa RymBednarova, dott. Ugo Colonna, dott. Khalid Kussini, dott. Romano Paduano, dott. Marsilio Saccavini, dott. Franco Cominotto, dott. Otello Regeni), l'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine

(dott. Luca Miceli), la Direzione Centrale Salute Friuli Venezia Giulia (dott. Marco Scarbolo), l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD) e la Scuola di Direzione Aziendale "Bocconi" di Milano è stata dapprima creata una task force di professionisti coinvolti nel delicato tema del LBP (algologo, medico esperto in criteri di priorità e PDTA, ortopedico, fisiatra, MMG, medico di Pronto Soccorso); tale gruppo, dopo una serie di incontri sfociati in una consensus conference ha prodotto delle linee guida sul LBP, a disposizione del MMG.

La parte innovativa di tale progetto è stata quella di approdare ad un algoritmo decisionale in grado, attraverso l'esecuzione sul paziente di alcuni semplici test da parte del MMG, di approdare ad uno score numerico misurabile, trasparente, confrontabile e ripetibile, in base al quale sono stati stilati dei criteri di priorità per l'invio del paziente affetto da LBP a visita specialistica. Nello specifico sono stati valutati alcuni indici: si è ritenuto che il MMG possa indirizzare il paziente in visita specialistica in caso di necessità di utilizzo di farmaci oppioidi per oltre due settimane (dopo un trial di 2-3 settimane con FANS) per il paziente affetto da dolore moderato-severo (valutato attraverso la scala NRS numeric rate scale), con una preferenza per il neurologo o l'algologo in presenza di sintomatologia neuropatica (valutata attraverso la scala douleur neuropatique 4), per il fisiatra in caso di disabilità importante (valutata attraverso la scala ADL activity daily life), per il medico di Pronto Soccorso in caso di sospetto di redflags (es. frattura, sindrome della cauda equina). Tutti questi parametri sono stati legati ai Criteri di Priorità (CdP), U (urgente), B (breve), D (Differibile), P (programmato), già vigenti in FVG per altri generi di patologie, in maniera equa e trasparente, e calcolabili in automatico attraverso la lettura del documento prodotto dal gruppo di esperti

sopracitato. Non esistendo in Italia realtà in cui vengano applicati i criteri di priorità in ambito algologico ci si è trovati ad essere pionieri in questo campo e, per dare un valore aggiunto al progetto, nonché per semplificare il più possibile il lavoro ai MMG che hanno in carico tali pazienti, è stato deciso di inserire le considerazioni condivise in un software, reso disponibile gratuitamente all'utenza sotto forma di sito web e di APP per devices mobili (tablet e smartphone). Tale progetto è stato dedicato a Minosse, leggendario re e legislatore di Creta, noto per la sua equità e rettitudine morale, tanto da essere scelto da Dante (Inferno, Canto V) come giudice dell'Ade, ed è visitabile ed utilizzabile sul web ([www.minosse.biz](http://www.minosse.biz)), su Applestore (APP "Minosse") e Google store (APP "Minosse").

## **Risultati attesi**

Dal progetto "Minosse" ci aspettiamo un incremento dell'appropriatezza sia nella prescrizione di farmaci antidolorifici (a favore degli oppioidi) che nella governance dei pazienti affetti da LBP, una riduzione delle visite specialistiche inappropriate (per professionista o per tempi di attesa), con conseguente riduzione della spesa privata (ticket) e pubblica da parte dei Servizi Sanitari Regionali (SSR).

L'interesse precipuo resta però il paziente, che, in un'ottica di empowerment, ha diritto ad un percorso (PDTA) chiaro, condiviso, equo e trasparente. Attraverso gli ausili informatici che abbiamo creato, il paziente è egli stesso attore e controllore del processo decisionale che lo riguarda.

Scopo secondario è coinvolgere gli stakeholder istituzionali nel campo dell'm-health (mobile health) come strumento innovativo,



riproducibile, misurabile, sostenibile, un valore aggiunto della Sanità italiana.

### **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

La sperimentazione clinica è stata appena avviata in due realtà territoriali, l'ASS 5 Bassa Friulana e l'ASL del territorio di Novara, e siamo in attesa dei primi riscontri. Il progetto è stato oggetto di una tesi presentata alla Scuola di Direzione Aziendale Bocconi (che verrà spedita come allegato) e di una tesi di laurea in Medicina presso l'Università di Udine, nonché ritenuto valido per la pubblicazione nella rivista PainPractice ("Development of an APP helpful to manage patients with low back pain", in press), dotata di Impact Factor 2.605. La notizia relativa progetto Minosse è stata ripresa da numerose testate giornalistiche sia cartacee (si va dal "Sole24 ore Sanità" a "La Repubblica", inserto del 31 maggio 2014, pagina 101, di cui Vi allegheremo pdf) che on-line, raggiungendo ad oggi circa 2.5 milioni di italiani. Infine, grazie alla dedizione dei professionisti ed a una donazione liberale per lo sviluppo del software, giova ricordare che il progetto si è autofinanziato.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? Si**

**Durata Progetto:** 12 mesi

**Costi complessivi del progetto:** 0

## n. 12 - Progetto: Massaggio al bambino, messaggio d'amore.

Nome del servizio: Pediatria

Indirizzo: VIA Carlo Piaggia, San Filippo - Lucca, 55100

Regione: TOSCANA Provincia: Lucca

Comune: Lucca CAP: 55100

Azienda: ASL

Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: Rindi Patrizia - Taliani Silvana -  
Dott.Domenici Raffaele

Email: patriziarindi@gmail.com

Data Inizio: 01 marzo 2003

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Relazione

**Categoria di appartenenza:** Partecipazione, Liste di attesa, Accesso ai servizi / trasparenza

**Individuo coinvolto:** Genitori, Professionisti sanitari, Bambino

### **Descrizione sintetica del progetto**

L'Azienda USL2 Lucca, dal 2003, ha favorito all'interno della struttura ospedaliera i corsi di massaggio infantile. Il massaggio Infantile non è solo una tecnica, un metodo fisiatrico fatto di sequenze o manovre prestabilite, ma va visto come *"un'arte antica e profonda, semplice ma difficile, difficile perchè semplice come tutto"*

*ciò che è profondo (Leboyer) ".* Alcuni operatori sanitari, dopo un percorso di formazione, hanno iniziato questa esperienza con bambini sotto l'anno di età e i genitori. Nei corsi di preparazione alla nascita e durante la degenza della madre dopo il parto, i genitori vengono informati dell'opportunità di entrare in relazione con il proprio bambino attraverso il contatto: un momento privilegiato per stare in rapporto con il proprio figlio e concentrarsi nella lettura dei suoi messaggi, riscoprendo quelle capacità naturali di ascolto e di relazione che spesso le sollecitazioni ambientali e le interferenze familiari possono limitare. L'arte delicata del massaggio infantile è un'antica tradizione di cura dei bambini, ma in un'epoca in cui l'educazione che forniscono i genitori oscilla tra la paura di viziare il proprio bambino toccandolo e/o coccolandolo troppo e il desiderio di crescerlo in fretta per renderlo precocemente autonomo, è doveroso ribadire l'importanza della formazione del legame nello sviluppo dell'individuo, delle capacità di ascolto dell'altro e dell'attenzione ai suoi messaggi. Il corso si svolge in cinque incontri della durata di circa un'ora. I genitori che vogliono partecipare devono essere in possesso dell'impegnativa rilasciata dal proprio Pediatra con la dicitura "Corso cinque sedute di massaggio infantile" e pagare la prestazione che varia in base al reddito familiare. Gli elementi del corso (programma base) sono concordati a livello internazionale e sono sotto la giurisdizione dei Trainer IAİM (Associazione internazionale Massaggio Infantile).

L'obiettivo è quello di fornire una formazione standard ed unitaria nell'ambito dell'Associazione Internazionale. L'insegnamento del programma di base segue un principio importante e fondamentale: comprendere e valorizzare i genitori, le famiglie e i caregivers. Ciò implica rispetto e riconoscimento per le competenze dei genitori. Sostenere e incoraggiare i genitori a credere nelle proprie abilità e

nel proprio intuito fa parte di questo percorso. Un aspetto importante del programma è spiegare i benefici del massaggio infantile sotto due diversi punti di vista:

- dal punto di vista del bambino: interazione, stimolazione, rilassamento e sollievo;
- dal punto di vista dei genitori: i genitori istaurano un prezioso rapporto di conoscenza e bonding con il loro bambino.

Le insegnanti sono due e svolgono questi corsi all'interno dell'USL 2, al di fuori del proprio turno lavorativo; l'Azienda però riconosce le ore messe a disposizione per il corso come orario di lavoro. Nell'arco di un anno ciascun insegnante di massaggio Infantile porta avanti circa 4 o 5 corsi, ed ogni corso è costituito da circa 5 o 6 gruppi di genitori con i loro bambini.

I genitori, alla fine del percorso di massaggio infantile, lasciano dei messaggi scritti, raccolti in un primo libretto, dove esprimono emozioni e sensazioni vissute durante il contatto con il figlio: paura, gioia, meraviglia, dolcezza, ecc. Talvolta, durante il corso alcuni genitori (in particolare le mamme) trovano un ambiente idoneo per esprimere dubbi, timori, incertezze sull'accudimento del proprio bambino, e vengono ascoltati e supportati dal gruppo e all'insegnante con suggerimenti e consigli.

L'obiettivo dell' "International Association of Infant Massage" è di favorire il contatto e la comunicazione attraverso corsi, formazione e ricerche in modo che i genitori, i bambini e chi si occupa di loro siano amati, valorizzati e rispettati dall'intera comunità mondiale". Cogliamo l'occasione per ringraziare la nostra Azienda che ha creduto e continua a credere in questo percorso di crescita. Ricordiamoci che *"Lo scorrere di tutta la vita inizia con la reciproca interazione tra genitore e neonato"*( Bowlby).

## **Risultati attesi**

L'obiettivo dell'IAIM è di "incoraggiare il massaggio infantile e tutte le altre tradizioni culturali che rafforzano il bonding genitore bambino e contribuisce a creare nella nostra cultura un maggiore numero di valori incentrati sulla famiglia". I bambini sono essere consapevoli che meritano rispetto, tenerezza, calore e soprattutto un cuore capace di ascoltarli, perchè quando ascoltiamo i nostri bambini con il cuore, scopriamo qualunque cosa desideriamo conoscere. Ogni genitore, a prescindere dalla filosofia personale ed ogni bambino, a prescindere dalla storia della sua nascita o dalla sua condizione, dovrebbe avere l' opportunità di sperimentare i benefici derivanti dai propri legami, che sono legami di affetto, salute e sicurezza.

## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Alla fine del percorso i genitori devono rilasciare una scheda di valutazione del corso, dove viene chiesto :

" Che cosa vi è piaciuto maggiormente del corso? Che cosa vi è piaciuto di meno? Quali cambiamenti potreste suggerire per corsi futuri? Che cosa avete imparato dal vostro bambino? Come vi ha aiutato l'insegnante a sentirvi a vostro agio durante gli incontri? Come avete saputo del corso di massaggio infantile?

La maggioranza delle risposte sono state positive sul corso, sull'insegnante e sull'ambiente in cui si è svolto il corso. Si è anche riscontrato che cinque incontri talvolta non sono sufficienti a colmare tutti i dubbi e le incertezze di alcuni genitori sull'accudimento del proprio bambino e la richiesta è di proseguire nel percorso di massaggio con ulteriori incontri.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** Si

**Durata Progetto:** in atto dal 2003

**Costi complessivi del progetto:** 0

**Note:** Il progetto iniziato nel 2003 continua ad oggi il suo percorso. L'AIM è diventata un'organizzazione internazionale nel 1992 ed ha affiliati in tutto il mondo. E' stata fondata da Vimala Mc Clure.

### **n. 13 - Progetto: Portale internet di telemedicina**

**Nome del servizio:** PORTALE DI TELEPORTALE INTERNET DI TELEMEDICINA DEDICATO ALLE MALFORMAZIONI VASCOLARI CONGENITENI

**Indirizzo:** VIA A. SANGIORGIO , 14

**Regione:** LOMBARDIA **Provincia:** Milano

**Comune:** Milano **CAP:** 20145

**Azienda:** Ente no-profit

**Struttura:** Altro ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO

**Responsabile Progetto:** PAOLO ALIA

**Email:** paoloalia@libero.it

**Data Inizio:** 20 settembre 2012

**Data Conclusione Prevista:** 30 settembre 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Trasparenza e partecipazione civica, Comfort e processi organizzativi, Trasparenza e partecipazione civica, Presa in carico, Relazione, Comfort e processi organizzativi

**Categoria di appartenenza:** Disabilità, Accesso ai servizi / trasparenza, Accesso alla documentazione, Prenotazione visite ed esami

**Individuo coinvolto:** Persona affetta da patologia cronica, Genitori, Bambino, Adolescenti, Professionisti sanitari

### **Descrizione sintetica del progetto**

Le Malformazioni Vascolari Congenite (Malformazioni artero-venose sintetizzate come “angiodisplasie”) sono patologie rare meglio ricomprese dal termine Angiodisplasie. Richiedono un approccio pluri-specialistico per la diagnosi ed il trattamento, ma a causa della difficoltà nella diagnosi e la relativa rarità della patologia, i pazienti sono “persi” sulla rete internet alla ricerca di centri di riferimento e di indirizzi clinico-terapeutici. In particolare in piccoli centri, al sud, in età pediatrica questi pazienti sono spesso costretti a “viaggi della speranza” non sempre con risultati soddisfacenti. L’obiettivo del progetto è la realizzazione e la manutenzione continua di un portale Internet riservato agli operatori ed ai pazienti . Il portale verrà realizzato in collaborazione con l’Unità Operativa di Telemedicina del Dipartimento Cardiovascolare dell’azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, una delle maggiori aziende ospedaliere Italiane.

Le finalità del progetto: diffondere informazioni e conoscenze nazionali ed internazionali sulla patologia; offrire informazioni, presso medici e pazienti, sui centri di eccellenza per la diagnosi e la

terapia delle angiodisplasie; fornire un supporto per i medici del territorio per una second opinion e/o una consulenza specialistica di indirizzo diagnostico/terapeutico; realizzare percorsi di e-learning specifici; supportare e divulgare tutte le iniziative del settore.

### **Risultati attesi**

Incrementare il numero di pazienti che si rivolgono a centri qualificati per un percorso diagnostico-terapeutico; ampliare le conoscenze sul tema per i medici del territorio; ridurre le complicanze (amputazioni maggiori e minori, decessi) della patologia.

### **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

In 10 centri specialistici accreditati 75 pazienti registrati 9 pazienti sono stati inseriti in un "percorso mav" corretto; è in fase di valutazione la possibilità' di estendere l'utilizzo del portale ad altre malattie rare; il portale è operativo su internet all'indirizzo [www.malformazionivascolari.it](http://www.malformazionivascolari.it)

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 8 mesi

**Costi complessivi del progetto:** € 60.000

**Note:** il portale è stato realizzato con il contributo economico non vincolante della fondazione Roma terzo settore.



**n. 14 - Progetto: Sviluppo di un percorso integrato Ospedale Territorio per la presa in carico dell' utente a rischio di caduta.**

Nome del servizio: COMITATO SCIUREZZA PAZIENTE

Indirizzo: VIA DEL PARCO, 1

Regione: VENETO Provincia: Vicenza

Comune: Arzignano CAP: 36071

Azienda: ASL

Struttura: OSPEDALE/TERRITORIO

Responsabile Progetto: DOTT.SSA PERUZZO MARIA PAOLA -  
DOTT.SSA CAZZARO ROMINA

Email: SICUREZZA.PAZIENTE@ULSS5.IT

Data Inizio: marzo 2012

Data Conclusione Prevista: 31 dicembre 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico

**Categoria di appartenenza:** Assistenza domiciliare, Risk Management e prevenzione degli errori, Ospedale, RSA-Residenze sanitarie assistite

**Individuo coinvolto:** Anziano

**Descrizione sintetica del progetto**

La Direzione Medica dell'ULSS5 "Ovest Vicentino", a partire dall'anno 2005, ha iniziato a raccogliere tutte le segnalazioni pervenute dalle Unità Operative per poi, dal 2009, predisporre una raccolta dettagliata di tutte le cadute avvenute negli Ospedali, anche quelle senza esito negativo, con apposita scheda di segnalazione. Tali dati sono stati elaborati con l'ausilio di un database elettronico.

Inoltre per approntare uno studio più dettagliato sul territorio, è stato somministrato ai MMG un questionario conoscitivo relativo al problema cadute del paziente. Gli obiettivi primari del progetto sono di creare una rete di professionisti in ambito sanitario e sociale con conoscenze e competenze per promuovere la sicurezza degli anziani al domicilio, prevenire le cadute accidentali, attivare una corretta assistenza al paziente che ha subito l'evento ed instaurare un percorso virtuoso di trasferimento delle informazioni sul paziente a rischio. Integrare le figure professionali presenti sul territorio (MMG, Medici di Distretto Socio Sanitario, Infermieri e Fisioterapisti ADI, Assistenti sociali del Comune) con i sanitari dell'area ospedaliera (Medici, Infermieri, Fisioterapisti) al fine di garantire la continuità assistenziale al paziente. Valutare le dimensioni del fenomeno ed il suo impatto sul soggetto a rischio in termini di ospedalizzazione e prolungamento della degenza ospedaliera, costi aggiuntivi per prestazioni/indagini/cure, disabilità e/o perdita di autonomia conseguenti all'evento. In considerazione dell'impatto del fenomeno sull'attività sanitaria e lo stimolo derivante dal Piano delle Attività del Comitato Aziendale per la Sicurezza del Paziente è stato attivato un gruppo di lavoro multidisciplinare integrato tra ospedale e territorio con lo scopo di stimolare la formazione e l'informazione, valutare il rischio per i pazienti e rilevare il fenomeno su tutto il territorio dell'azienda in modo omogeneo e condiviso. Diverse figure

professionali hanno analizzato il fenomeno sia in ambito ospedaliero che territoriale in termini di : -1 Informazione; -2 Formazione; -3 Schede di accertamento rischio ambientale e individuale; -4 Procedura allerta/comunicazione/presa incarico del soggetto caduto; -5 Progetto fornitura presidi anti-caduta; -6 Mappatura rischio ambientale.

La positiva esperienza di integrazione ospedale-territorio nella fase di studio dell'evento e nella stesura di una procedura e documentazione trasversale ha permesso di creare un canale di comunicazione e confronto attivo per una presa in carico globale del paziente.

## **Risultati attesi**

- Incrementare la diffusione delle conoscenze, sia al cittadino ( brochure ) che agli operatori sanitari, sulle strategie di prevenzione del fenomeno caduta sia in ambito domiciliare che in ambito ospedaliero (formazione interna e formazione esterna per i care giver).
- Ampliamento della raccolta dati su data base aziendale per l'evento accaduto sia in ambito territoriale/domiciliare che in ambito ospedaliero.
- Efficace trasferimento della presa in carico del paziente a rischio (rischio individuale e rischio ambientale) tra rete territoriale/domiciliare ed ospedaliera e viceversa (utilizzo modulistica trasversale condivisa in gruppo di lavoro).

A lungo termine si auspica una riduzione del ricorso alle strutture sanitarie, in termini di riduzione degli accessi al Pronto Soccorso, riduzione delle giornate di degenza, riduzione delle prescrizioni di ausili non adeguati; implementazione di un sistema informatizzato

di mappatura del rischio ambientale a domicilio con elaborazione di un report sugli adeguamenti da eseguire.

### **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

I dati elaborati, pur evidenziando un generale aumento del numero delle cadute negli ultimi anni, dovuto anche all'aumento dell'età media dei pazienti ricoverati, rivelano una maggiore sensibilità degli operatori alla segnalazione di ogni evento caduta, anche se di lieve entità, con un'inversione della proporzione tra eventi con e senza conseguenze per il paziente. L'analisi del rischio ambientale permette di introdurre progressivamente azioni risolutive verso le criticità rilevate negli ospedali, nelle strutture residenziali e al domicilio delle persone fragili segnalate. L'utilizzo trasversale ospedale/territorio delle schede di rilevazione dei rischi e delle schede di segnalazione degli eventi sul territorio e in Pronto Soccorso permette di dimensionare il fenomeno anche in ambito domiciliare.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?**      Si

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 36 mesi

**Costi complessivi del progetto:**      €1.000

**n. 15 - Progetto: Il PIC della BPCO: strumento di integrazione e presa in carico**

Nome del servizio: Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e C. Arrigo

Indirizzo: VIA Venezia, 16

Regione: PIEMONTE Provincia: Alessandria

Comune: Alessandria

Azienda: Azienda Ospedaliera

Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto / Esperienza in Atto: Roberta Bellini

Email: rbellini@ospedale.al.it

Data Inizio: 04 novembre 2013

Data Conclusione Prevista 01 ottobre 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** convegno per diffusione e informazione

**Area Trattata:** Presa in carico

**Categoria di appartenenza:** Patologie croniche

**Individuo coinvolto:** Persona affetta da patologia cronica, Professionisti sanitari

## Descrizione sintetica del progetto

L'esigenza di definire un percorso strutturato sulla gestione della BPCO nasce nel 2013 a seguito dell'analisi dei dati sugli esiti di AGENAS.

Lo strumento del PDTA è stato scelto in quanto:

- La risoluzione di un problema di salute richiede il contributo di più attori in un sistema multi-disciplinare e multi-professionale.
- La complessità di un sistema come quello sanitario può creare condizioni favorevoli alla variabilità, i difetti di congruità, di continuità e scarsa integrazione, condizioni tutte che facilitano la possibilità di errore.
- Si è abituati ad un'analisi per "struttura" alla quale si attribuisce la responsabilità clinica ed organizzativa dello specifico momento clinico. Si può giungere al paradosso di ottenere un raggiungimento pieno della "qualità" all'interno della struttura e l'inefficienza del sistema globale.
- È strumento metodologicamente standardizzato che migliora l'operatività di tutte le strutture definendo: il corretto percorso, gli obiettivi singoli e quelli comuni, i ruoli di ciascuno, i tempi di intervento, gli ambiti di intervento dei professionisti.

La rilevanza della patologia (mortalità, incidenza, impatto economico), inoltre, ha reso necessario un intervento integrato rispetto alla gestione della stessa. Le malattie dell'apparato respiratorio, infatti, rappresentano la terza causa di decesso in Italia e le BPCO sono responsabili di circa il 50% dei decessi da patologia respiratoria. Secondo le previsioni, nel 2020, la BPCO occuperà il 5° posto, preceduta soltanto da cardiopatia ischemica, depressione grave, incidenti stradali e vasculopatie cerebrali.

Utilizzando una stima conservativa, viene attribuito alla patologia almeno il 6% dell'intera spesa sanitaria italiana; inoltre le patologie

respiratorie figurano al terzo posto tra le cause di assenza dal lavoro per malattia: tra queste, la BPCO è responsabile del 56% per il sesso maschile e del 24% per quello femminile. Si stimano pertanto, annualmente, circa 10 milioni di giornate lavorative perse. La BPCO costituisce pertanto l'unica patologia cronica con una mortalità in aumento, mentre le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari sono in riduzione. Mediamente in Piemonte muoiono ogni anno 1700 persone per BPCO (1100 e 600 femmine). Alcune evidenze hanno sottolineato come la BPCO sia ampiamente sottostimata e sotto-diagnosticata. La popolazione italiana è gravemente disinformata sulla BPCO: la patologia spesso non viene precocemente diagnosticata; si è in presenza di un enorme sommerso diagnostico, di una gestione clinica e terapeutica insufficiente o assente; vi è un esagerato ricorso alle ospedalizzazioni con una impennata di costi.

Il gruppo di lavoro individuato inizialmente era composto da:

- Pneumologi ospedalieri
- Medico di pronto soccorso
- Riabilitatore cardiorespiratorio
- Ufficio Qualità.

Il gruppo di lavoro ha definito il PDTA aziendale che a dicembre 2013 ha ricevuto la certificazione di qualità da un ente terzo accreditato. Per raggiungere gli obiettivi prefissati, ed in particolar modo per migliorare l'indicatore AGENAS sulle riammissioni ospedaliere a 30 gg, oltre che per pervenire ad una diagnosi precoce, si è resa indispensabile l'integrazione con l'ASL. Pertanto, attraverso la delibera delle Direzioni Generali ASL e ASO è stato aperto un tavolo di lavoro integrato per la gestione completa del percorso e della patologia. Il percorso, quindi, da PDTA è necessariamente e naturalmente evoluto in PIC (percorso integrato

di cura) che è stato avviato nel mese di Aprile 2014, trovando certamente, nell'efficace integrazione ASL/ASO, per l'individuazione di criteri, strumenti e indicatori comuni per la corretta gestione del percorso, il suo punto di forza.

## **Risultati attesi**

Gli obiettivi, tra gli altri, erano quindi:

1. Pervenire ad una diagnosi precoce
2. Standardizzare il percorso organizzativo e clinico secondo le più recenti linee guida
3. Prevenire le riacutizzazioni e i ricoveri
4. Ridurre i costi associati alla gestione non corretta della patologia

## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

- Condivisione con i MMG dei criteri di individuazione precoce e indirizzamento del paziente
- Individuazione della necessità di rafforzamento del presidio territoriale per prevenire le riacutizzazioni
- Definizione del percorso post ricovero con coinvolgimento della centrale operativa ASL AL
- Condivisione delle modalità di presa in carico da parte dell'infermiera di famiglia e del MMG
- Formazione e addestramento da parte dei nostri specialisti alle infermiere di famiglia
- Individuazione degli strumenti di informazione, tracciamento, monitoraggio e comunicazione nelle varie fasi del percorso (opuscolo per MMG e pazienti sulla individuazione e gestione della patologia, check-list di controllo da parte dell'infermiera di famiglia



a domicilio, "diario della BPCO" come strumento di tracciamento dell'evoluzione e delle fasi della patologia alimentato dal paziente e dal suo MMG, lettera di dimissione integrata, ...)

-Definizione degli indicatori di monitoraggio Individuazione dei criteri di valutazione dei pazienti

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto:** 12 mesi

**Costi complessivi del progetto:** 0

**Note:** i costi previsti sono stati oggetto di una procedura di sponsorizzazione, quindi non sono a carico dell'azienda.

## **n. 16 - Progetto : Supporto psicologico ai pazienti oncologici**

Nome del servizio: U.O. di Oncologia Medica - A.O.R.N. "S. Giuseppe Moscati" Avellino

Indirizzo: CONTRADA Amoretta, 1

Regione: CAMPANIA Provincia: Avellino

Comune: Avellino CAP: 83100

Tipologia Azienda: Azienda Ospedaliera

Tipologia Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto / Esperienza in Atto: Dott. Cesare Gridelli

Email: [cgridelli@libero.it](mailto:cgridelli@libero.it)

Data Inizio: 01 settembre 2014

Data Conclusione Prevista: 01 settembre 2015

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Chemioterapia e radioterapia, Comportamenti, Oncologia, Ospedale, Riabilitazione, Salute mentale

**Individuo coinvolto:** Pazienti oncologici adulti

### **Descrizione sintetica del progetto**

L'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" di Avellino è classificata come Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione. L'U.O. di Oncologia Medica diretta dal Dott. C. Gridelli, ha attivi protocolli di ricerca clinica internazionali con l'accesso a trattamenti innovativi con nuovi farmaci biologici oltre che un ambulatorio di "Counseling onco-genetico" per lo studio dei tumori ereditari con effettuazione dei principali test genetici (BRCA1.BRCA2 etc.). L'U.O. è organizzata in: degenza ordinaria, day hospital e ambulatorio. Le camere di degenza, a 1 o 2 letti, sono fornite di TV, frigo-bar e distributori di acqua minerale. E' disponibile Internet per i pazienti. Accanto ad una dimensione medica, l'U.O. ha attivato un servizio di Psico-Oncologia che offre, al paziente e alle famiglie, accoglienza all'interno del contesto di cura, interventi individuali e di gruppo, in base alle specifiche necessità. Vengono realizzati progetti rivolti ai pazienti per garantire loro una migliore qualità di vita. Siamo al 5°anno de "La cucina entra in Oncologia", convinti

che nutrirsi correttamente e uno stile di vita sano, rappresentino le condizioni per una salute che non sia solo l'assenza di malattie, ma un vero e proprio stato di benessere psicofisico, in grado di combattere gli effetti collaterali delle chemioterapie. È già al 6° anno “Il teatro entra in oncologia”, progetto concepito in un’ottica olistica del prendersi cura del paziente comprendente 3 percorsi: psicologico–teatrale–corporeo. L’applicazione di forme d’arte espressiva all’oncologia è parte integrante dei progetti di cura per migliorare la qualità di vita, la percezione della malattia e per rispondere al meglio all’iter terapeutico. Attivo dallo scorso anno è “Il trucco entra in Oncologia” rivolto alle donne che affrontano i disagi legati al cambiamento dell’aspetto fisico conseguenti ai trattamenti farmacologici. Una giornata con un’estetista non determina una guarigione, ma oltre a regalare qualche ora di svago, può restituire un’immagine allo specchio più dignitosa. Il punto informativo e la guida “Dove mettere le mani” rispondono alle esigenze pratiche di chi si trova ad affrontare la patologia: opportunità di assistenza e informazioni di carattere pratico relative al lavoro, alle agevolazioni fiscali e ad altri benefici.

I progetti realizzati prevedono la modalità di gruppo: alla base c’è la cultura dell’incontro, il viversi facendo un’esperienza, ridare avvio a processi di revisione degli adattamenti collegati alla malattia e al suo intorno relazionale; sono coordinati dall’U.O. di Oncologia Medica dell’A.O.R.N. “S. G. Moscati” e si svolgono in collaborazione con l’Istituto Alberghiero, il Conad, le Associazioni TectaClanH, Agatà e l’IDI di Avellino.

Le figure professionali coinvolte sono: oncologi, psicologi, nutrizionisti, esperti di teatro, estetiste e volontari. Gli spazi utilizzati per i progetti sono: l’aula magna dell’ospedale, 2 stanze

dell'U.O. di Oncologia, i locali e le attrezzature dell'Istituto alberghiero.

L'attenzione verso il paziente è una scelta prioritaria dell'A.O.R.N. "S. G. Moscati": un passo in avanti verso il processo di umanizzazione. L'accoglienza costituisce nel tempo un punto di riferimento nell'istituzione curante, utile in seguito, quando potranno esservi necessità emotive che non vengono accolte dall'istituzione sanitaria. Vogliamo trasformare l'esperienza di malattia in una occasione di riflessione personale, ma anche collettiva, mettendo in luce l'importanza della condivisione perché questa esperienza, non può essere affrontata singolarmente.

I progetti si svolgono promuovendo le iniziative, individuando i pazienti potenzialmente eleggibili, conducendo un colloquio diagnostico e inserendo le persone nel gruppo di lavoro; vengono somministrati dei questionari in ingresso e in uscita, si formano dei sottogruppi per i laboratori pratici. Per la cucina e il teatro è prevista una performance finale. Infine vengono valutati i risultati dei lavori. Questi progetti nascono da un'ulteriore necessità di umanizzazione in uniformità con l'attuale concezione della salute, intesa come stato globale di benessere fisico, psichico e sociale, non solo come assenza di malattia (OMS 1949). Si prendono in considerazione, gli studi svolti dal Dipartimento di Medicina Preventiva e Predittiva dell'INT di Milano, in collaborazione con il WCRF, mentre per i diritti e le tutele menzionati nella guida i riferimenti sono alle leggi: 118/1971; 104/1992; 68/1999; 276/2003.

## **Risultati attesi**

- Trasformare l'esperienza di malattia in opportunità di cambiamento, valorizzando il presente e migliorando la qualità di vita.
- Riscoprire nel gruppo l'importanza di un gesto, di un movimento, di un abbraccio, importanti quanto le parole.
- Restituire la propria spontaneità e sviluppare il proprio potenziale creativo
- Far fronte alle richieste dei bisogni espressi dai pazienti
- Combattere stereotipi e pregiudizi che si accompagnano alla malattia influenzando negativamente la partecipazione collettiva alle campagne di prevenzione e ritardando la possibile diagnosi
- Creare nuove connessioni di idee, immagini e di pensiero sulla malattia oncologica ovvero disaccoppiare la parola cancro da tutta una serie di associazioni verbali e non verbali a carattere persecutorio e terrifico
- Aiutare i pazienti praticamente a far riconoscere i propri diritti e le tutele che gli consentano, nonostante la malattia e le terapie, di vivere dignitosamente.

## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Dai test si sono ottenuti valori significativi in riferimento al senso di autonomia, di autoefficacia, alla progettualità futura. Inoltre anche la dimensione delle relazioni con gli altri risulta migliorata. I pazienti rispondono con entusiasmo ai progetti, mostrando il desiderio di ripartecipare per rivivere un'esperienza di gruppo significativa e divertente. L'efficacia dell'intervento multidisciplinare lo vediamo inoltre dalla motivazione che ognuno mette nell'incontrarsi, nel cambiamento che ciascuno di loro ha mostrato dall'inizio alla fine

del percorso. Il fattore elettivo che favorisce il raggiungimento degli obiettivi è sempre il gruppo e il riuscire a trarre giovamento dagli altri. Le difficoltà incontrate, per lo più dovute a momenti difficili dei pazienti, si riescono a superare grazie alla forza del gruppo. La cittadinanza è sempre più partecipe degli eventi conclusivi dei progetti, divenendo sempre più sensibile a queste realtà.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** Si

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 12 mesi

**n. 17 - Progetto: Tutela della maternità, promozione, protezione e supporto dell'allattamento al seno, anche attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio**

Nome del servizio: Dipartimento Tutela della Salute della Donna e del Bambino UOC Neonatologia e TIN; ACO San Filippo Neri

Indirizzo: VIA G. MARTINOTTI, 20

Regione: LAZIO Provincia: Roma

Comune: Roma CAP: 00135

Tipologia Azienda: Azienda Ospedaliera

Tipologia Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: dott.ssa Christiana Fornari

Email: c.fornari@sanfilipponeri.roma.it

Data Inizio: novembre 2012

Data Conclusione Prevista: ottobre 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Ospedale, Percorso nascita

**Individuo coinvolto:** Bambino, Genitori, Professionisti sanitari, Donna

### **Descrizione sintetica del progetto**

La promozione dell'allattamento al seno è uno degli interventi più efficaci per il miglioramento della salute dei bambini, delle madri e del SSN. Per l'ottimizzazione dell'assistenza nel settore Materno-Infantile abbiamo proposto il miglioramento delle attività di promozione, sostegno e protezione dell'allattamento materno nel momento della nascita e nel puerperio.

**SITUAZIONE E CRITICITA':** la necessità di attuare interventi specifici nasce dall'esigenza di migliorare il benessere di donne e bambini, e della loro formazione. Gli interventi specifici nel nostro Dipartimento si attuano con un progetto ad hoc.

**RIORGANIZZAZIONE:** obiettivo del progetto è di aumentare il numero di madri che scelgono di allattare al seno i propri figli, incrementandone la durata.

**OBIETTIVI SPECIFICI:**

a) organizzare momenti culturali al fine della promozione dell'allattamento al seno, con univocità delle informazioni date; attività di informazione, formazione ed aggiornamento del personale sanitario, per preparare adeguatamente il personale infermieristico per neonato sano e il personale infermieristico di ambulatorio per neonati e mamme; fornire l'assistenza necessaria in tempi adeguati;

b) attuare programmi di informazione e di educazione sanitaria alle mamme prima e subito dopo il parto; corsi di accompagnamento alla nascita; dedicare maggior tempo per informazione, comunicazione ed educazione della mamma; programmare visite e consulenze ambulatoriali post-dimissione;

c) verificare a distanza i risultati ottenuti e il grado di soddisfazione delle mamme: valutazione quanti-qualitativa; valutazione presenza e frequenza delle mamme; audit per autovalutazione dei professionisti sanitari e di miglioramento della pratica clinica.

NORME DI RIFERIMENTO: per lo sviluppo del progetto sono state prese a riferimento le raccomandazioni UNICEF/OMS dal 1979 al 2005.

Il progetto ha inizio, nel nostro Dipartimento, nel mese di Novembre 2012.

Fasi del progetto:

fase 0: rilevare il bisogno formativo per la promozione dell'allattamento al seno: organizzazione di incontri di informazione e formazione di tutti i professionisti sanitari del Dipartimento Materno-Infantile (eseguiti 3 corsi e programmati altri 2);

fase 1: definire il modello organizzativo nella Unità Operativa Complessa di Neonatologia; l'obiettivo generale e specifico del progetto e i rispettivi indicatori e standard assistenziali;

fase 2: attuare programmi di informazione, comunicazione e di educazione sanitaria alle mamme prima e dopo il parto;



fase 3: verificare i risultati ottenuti; raccogliere dati sulla valutazione quanti-qualitativa sulle prestazioni rese dal personale infermieristico;

fase 4: valutare il livello qualitativo dell'erogazione del servizio in termini di soddisfazione delle mamme; fase 5: continuo monitoraggio del servizio erogato.

**BENEFICIARI DEL PROGETTO:** -diretti: le mamme si sentiranno più fiduciose, determinate e soddisfatte con la loro esperienza di allattamento al seno; i neonati potranno godere di un miglioramento in termini di salute; -indiretti: il personale sanitario del Dipartimento medico, infermieristico e ostetrico, che potrà garantire un miglior servizio per la promozione dell'allattamento al seno.

**STIMA RISORSE :**

1)Finanziarie: si attinge al Fondo ACO del San Filippo Neri.

2)Umane: vengono individuati: -Dirigente medico ed infermieristico responsabile del Dipartimento e della UOC di Neonatologia; - Personale medico ed infermieristico nell'ambulatorio dell'allattamento al seno. 3)Strutturali: vengono individuati: -la UOC di Neonatologia; - l'ambulatorio all'allattamento al seno e per controlli post-dimissione per i neonati; -area preposta per il corso di preparazione alla nascita.

**PIANO OPERATIVO:** Prima del parto: organizzazione di corsi multidisciplinari, di 8 incontri di 2 ore con ostetrica, anestesista, ginecologo, neonatologo ed infermiera referente dell'allattamento. Dalla Nascita: breast crawl, rooming in 24/24 ore, ambulatorio dell'allattamento aperto anche all'utenza esterna ed a consulenze telefoniche. E' stato organizzato per ottobre un corso UNICEF di 20 ore rivolto ai professionisti del territorio, consultori, PdL, MMG, al fine di uniformare le informazioni da fornire alle madri (con particolare riguardo all'integrazione con liquidi diversi, all'utilizzo di

biberon e ciucci, valutazione della quantità di latte prodotto, trattamento di ingorgo, mastite e ragadi, implementando il personale che può assumere il ruolo di counselor.

## **Risultati attesi**

Per quanto riguarda risultati attesi: 1)realizzare occasioni culturali al fine della promozione dell'allattamento al seno; valorizzazione dell'allattamento al seno mirando al 100% di partecipazione e collaborazione, al 100% integrazione tra le varie figure professionali; ottimizzazione dei processi lavorativi e miglioramento della qualità assistenziale infermieristica; 2)attuare programmi di informazione e di educazione sanitaria alle mamme prima e subito dopo il parto, mirando al 100% di partecipazione e collaborazione delle mamme, al 100% nel sostegno all'allattamento al seno, all' 80% allattamento al seno; 100% incremento durata dell'allattamento al seno; 3) verifica a distanza dei risultati 100% soddisfazione del personale sanitario e delle mamme rilevazione dei dati positivi degli interventi attuati.

## **Risultati raggiunti(rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Lo studio è ancora in corso.

- 1° valutazione nel luglio 2013 su 520 neonati: il 96% aveva eseguito corsi di accompagnamento alla nascita ed era maggiormente predisposto all'allattamento al seno anche se il 95% richiedeva ulteriore sostegno; il 2% ha deciso di non allattare per problemi medici o personali. Dei casi valutati, 65 erano prematuri: nel 54% si aveva un allattamento misto, ma il

46% passava rapidamente ad esclusivo LA per mancata efficace stimolazione del seno per la grave prematurità del nascituro. Rooming in: il 90% si dimostrava favorevole a quello diurno, il 10% anche al notturno; consulenze ambulatoriali: 483 effettuate, di cui 116 telefoniche.

- 2° valutazione gennaio 2014 su 544 neonati: il 96% aveva eseguito corsi di accompagnamento alla nascita e il 95% richiedeva ulteriore supporto. 41 erano prematuri: il 75% che aveva un allattamento al seno ed il 25% LA. Rooming in: il 51% favore a quello diurno, 49% anche al notturno Consulenze ambulatoriali :615 di cui 159 telefoniche. Soddisfazione del 100% del personale sanitario e delle mamme.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto: 24 mesi**

**Costi complessivi del progetto: 0**

**n. 18 - Progetto: LA VACCINAZIONE INTERVENTO EFFICACE PER LA PREVENZIONE NEI SOGGETTI A RISCHIO: Strategie e collaborazioni per il paziente nefropatico**

Nome del servizio: Centri Dialisi AUSL Bologna

Indirizzo: LARGO Nigrisoli, 2

Regione: EMILIA-ROMAGNA Provincia: Bologna

Comune: Bologna CAP: 40133

Tipologia Azienda: ASL

Tipologia Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: Toschi Roberta

Email: r.toschi@ausl.bo.it

Data Inizio: 01 ottobre 2013

Data Conclusione Prevista: 31 ottobre 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti:** ANED, ANTR

**Categoria di appartenenza:** Prevenzione - vaccinazione / screening

**Individuo coinvolto:** Persona affetta da patologia cronica

### **Descrizione sintetica del progetto**

Per attuare interventi efficaci di prevenzione nei pazienti nefropatici del territorio bolognese, i Centri Dialisi AUSL Bologna, il Dipartimento di Sanità Pubblica e le Nefrologie dell'Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi devono elaborare strategie e collaborazioni adeguate, condividendo gli obiettivi con la cittadinanza coinvolta. Come declinazione pratica delle indicazioni contenute nel "Piano Nazionale Prevenzione vaccinale 2012 – 2014" e nelle successive delibere regionali, che raccomandano la pratica vaccinale, oltre che nelle sedi abituali di Sanità Pubblica, anche presso le strutture ospedaliere, per intercettare un maggior numero di soggetti a rischio, è stato progettato ed attuato un

programma vaccinale capillare, all'interno dei Centri Dialisi della provincia di Bologna.

Per supportare la collaborazione degli operatori sanitari, in quanto catalizzatori e facilitatori dell'adesione dei pazienti, l'Azienda USL di Bologna ha organizzato un seminario rivolto a medici e infermieri che operano nei centri dialisi, il cui tema era la pratica vaccinale nei pazienti nefropatici, in quanto categoria riconosciuta a rischio; data la rilevanza dei contenuti sono stati invitati a partecipare all'evento i rappresentanti delle associazioni di pazienti, ANED (Associazione Nazionale Emodializzati ) e ANTR ( Associazione Nazionale Trapiantati Rene ).

L'obiettivo principale dell'evento era la condivisione dei contenuti delle ultime indicazioni nazionali e regionali sulle vaccinazioni per la prevenzione delle malattie batteriche invasive nelle persone con condizioni di rischio, in cui viene raccomandata la somministrazione del vaccino antipneumococcico, secondo protocolli specifici. Inoltre si è colta l'occasione di questa iniziativa per accendere i riflettori anche sulla vaccinazione antinfluenzale stagionale e sulla pratica vaccinale in generale.

Nell'autunno 2013, i pazienti assistiti nei 7 Centri Dialisi dell'AUSL e 2 dell'AOSP di Bologna sono stati informati e motivati ad aderire alla campagna vaccinale antinfluenzale e antipneumococcica; operando in stretta collaborazione con il Servizio di Sanità Pubblica, si è provveduto ad effettuare un intervento misto, per cui in alcuni casi le vaccinazioni sono state effettuate direttamente nei Centri Dialisi o, in alternativa, presso gli ambulatori vaccinali, presenti sul territorio.

La pratica vaccinale è stata offerta ad un totale di circa 600 pazienti, con un'adesione media dell'85%.

Nei 4 Centri Dialisi collocati nella città di Bologna, la vaccinazione è stata effettuata direttamente nella sede del centro, da personale medico e infermieristico di Dialisi; mentre nelle sedi periferiche è stata effettuata presso i presidi del Dipartimento di Sanità Pubblica, in forma di collaborazione, mantenendo comunque il controllo della reale effettuazione. L'integrazione dei servizi ha inoltre permesso, data l'importanza della pratica vaccinale nei soggetti a rischio, anche per quanto riguarda le infezioni a trasmissione ematica (HBV, HCV), l'acquisizione dei dati dell'anagrafe vaccinale da parte degli operatori della Dialisi, al fine di un monitoraggio costante e preciso della situazione dei singoli pazienti, rendendo il progetto iniziale una pratica consolidata e integrata nella presa in carico complessiva del paziente nefropatico. Nonostante le iniziali perplessità, frequenti quando si affrontano temi di pratica vaccinale, gli operatori ed i pazienti dei Centri Dialisi hanno aderito alla campagna con piena soddisfazione.

### **Risultati attesi**

Per quanto riguarda gli standard attesi sia di offerta che di adesione alla pratica vaccinale, ci si propone di raggiungere un'offerta al 95% (per criteri di esclusione clinica ) e un'adesione attesa al 75%.

### **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

In merito all'offerta è stato raggiunto l'obiettivo di poter offrire le varie vaccinazioni a tutti i pazienti dei Centri Dialisi (= 100%). L'adesione media è stata dell' 85%.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? Si**

**Durata Progetto:** 4 mesi

**Costi complessivi del progetto:** € 1.000

**Note:** il progetto è nato all'interno dell'AUSL Bologna, dall'integrazione di 2 Servizi: ArOA Centri Dialisi e Dipartimento di Sanità Pubblica. Data l'organizzazione provinciale che vede altri 2 centri Dialisi afferenti all'Azienda Ospedaliera di Bologna, secondo un principio di equità nell'offerta alla cittadinanza, è stato ritenuto indispensabile estendere immediatamente la campagna anche ai pazienti e agli operatori dei Centri Dialisi S. Orsola e Malpighi.

**n. 19 - Progetto: Ambulatorio infermieristico "percorso uremia" dell'azienda USL di Bologna**

**Nome del servizio:** Centri Dialisi AUSL Bologna

**Indirizzo:** LARGO B. Nigrisoli, 2

**Regione:** EMILIA-ROMAGNA **Provincia:** Bologna

**Comune:** Bologna **CAP:** 40133

**Tipologia Azienda:** ASL

**Tipologia Struttura:** Ospedale

**Responsabile Progetto:** Toschi Roberta

**Email:** r.toschi@ausl.bo.it

**Data Inizio:** 01/11/2012

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Categoria di appartenenza:** Patologie croniche

**Individuo coinvolto:** Persona affetta da patologia cronica

### **Descrizione sintetica del progetto**

Da novembre 2012, in Azienda USL di Bologna sono stati attivati 3 ambulatori infermieristici “Percorso Uremia” all’interno di presidi ospedalieri strategici sul territorio: Ospedale Maggiore (novembre 2012), Ospedale di Bentivoglio (aprile 2013), Ospedale Bellaria (dicembre 2013) che operano in stretta collaborazione con la rete degli ambulatori di Nefrologia. L’obiettivo del progetto è di garantire agli utenti affetti da CKD (CronicKidneyDisease) una presa in carico precoce, volta a rallentare la progressione della malattia stessa nei vari stadi; di coinvolgere attivamente le persone nel percorso assistenziale; di mettere in condizione i pazienti di acquisire conoscenze ed abilità per divenire decisori competenti, in grado di governare le mutevoli situazioni che possono presentarsi nella gestione quotidiana delle cure e della patologia in generale.

Tutto ciò contribuisce a migliorare notevolmente la qualità di vita delle persone che intraprendono il Percorso Uremia.

L’infermiere responsabile dell’ambulatorio “Percorso Uremia” prende in carico utenti dal 3° stadio CKD (VFG 59-30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) selezionati precedentemente dal nefrologo.

1. Al primo colloquio si effettua l’accertamento infermieristico utilizzando una cartella con i modelli funzionali Gordon, avvalendosi di una intervista semi-strutturata e del nursing narrativo.
2. Si effettua la valutazione delle conoscenze di base.



3. Si fissano con l'utente gli obiettivi da raggiungere nei successivi incontri di follow up.

4. L'intervento educativo è suddiviso in alcuni step che iniziano con l'illustrazione della funzione renale, dell'IRC e delle complicanze, fino alla comprensione degli stili di vita da correggere per contenere la progressione della patologia.

Ad ogni incontro successivo vengono rivalutate le competenze acquisite e rinforzate, se necessario.

Gli infermieri responsabili dei 3 ambulatori "Percorso Uremia", parallelamente all'attività assistenziale, effettuano un'accurata registrazione dei dati di attività, di processo e di esito. L'elaborazione e l'aggregazione di tali dati permette una lettura oggettiva dei risultati raggiunti e, inoltre, consente di progettare in maniera mirata le azioni di miglioramento sulle varie fasi del percorso di presa in carico e di empowerment.

Il campione di pazienti rappresentato è composto da 149 persone che sono state prese in carico dai 3 ambulatori "Percorso Uremia", nel corso dell'anno 2013. Il 65% di questi è di genere maschile, con età media complessiva pari a 77 anni ed oltre il 25% presenta 3 comorbidità, condizioni che descrivono la complessità del paziente di riferimento.

Al momento della presa in carico, in seguito all'invio del nefrologo, il 75% dei pazienti viene collocato al IV stadio CKD, il 18% allo stadio V ed il 7% al III. Al follow Up il 13% dei pazienti complessivi è stato affidato al servizio di Predialisi, il 4% ha iniziato il trattamento dialitico in acuto perché intercettato nella fase terminale della malattia ed il restante 5% è deceduto nel corso dell'anno per problematiche varie.

I dati di attività infermieristica evidenziano che sono stati effettuati 489 interventi infermieristici complessivi e, quindi, ogni paziente ha

effettuato mediamente 3 accessi in ambulatorio (durante i quali sono state svolte le varie attività previste, tra cui l'attivazione dei percorsi clinico assistenziali e, nello specifico, il supporto psicologico in 6 casi). L'ambulatorio è gestito da Maria Russo, Tiziana Aliberti, Maura Nicoli, Daniela Baraldi, CPSI AUSL BOLOGNA.

## **Risultati attesi**

I risultati che si mira a raggiungere sono: rallentare la progressione della malattia rispetto alle medie nazionali, abbattimento delle perdite dei pazienti al follow up, garantire la presa in carico dell'utente con le caratteristiche della popolazione di riferimento (CKD  $\geq 3$ ).

## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Gli indicatori di esito evidenziano che la presa in carico precoce (dal III stadio CKD) comporta una perdita al follow up pari solo all'1%; inoltre si evince che la patologia renale è rimasta stabile nello stadio della presa in carico nel 95% dei casi (si è verificato una progressione della malattia dal IV al V stadio nel 5% dei casi), pertanto si ha riscontro del valore dell'attività svolta dagli infermieri del Percorso Uremia per il contenimento della patologia tramite l'empowerment del paziente.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 19 mesi

**n. 20 - Progetto: Monitoraggio della gestione del rischio clinico negli ospedali e nei Centri Servizi ULSS 3.**

Nome del servizio: Farmacia Ospedaliera Azienda Sanitaria ULSS 3 Bassano del Grappa

Indirizzo: VIA Dei Lotti, 40

Regione: VENETO Provincia: Vicenza

Comune: Bassano del Grappa CAP: 36061

Tipologia Azienda: ASL

Tipologia Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: Graziella Tonato

Email: graziella.tonato@aslbassano.it

Data Inizio: 01 ottobre 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Categoria di appartenenza:** Risk Management e prevenzione degli errori, Farmaci, Medicina di base, Ospedale, RSA-Residenze sanitarie assistite

**Individuo coinvolto:** Anziano, Bambino, Persona affetta da patologia cronica

**Descrizione sintetica del progetto**

Il miglioramento della qualità dipende da molteplici fattori che agiscono sul sistema e può essere raggiunto attraverso pratiche di

governo clinico in grado di porre al centro della programmazione e gestione dei Servizi Sanitari i bisogni dei cittadini e il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

La sicurezza dei pazienti e la riduzione degli errori in terapia farmacologica rappresentano una priorità dell'assistenza sanitaria e non può prescindere da elementi base, quali la Sicurezza del paziente e di conseguenza la corretta gestione del farmaco e del dispositivo medico in tutte le sue fasi.

Nel 2013 è stata condotta un'indagine per la valutazione dell'aderenza alle raccomandazioni Ministeriali relativa alla gestione dei farmaci. Sono stati coinvolti cinque reparti ospedalieri e tre Centri Servizi Territoriali, che solitamente non vengono mai prese in considerazione, ma che necessitano invece una giusta attenzione in quanto si tratta di una popolazione molto fragile, con pluri-patologie e quindi con terapie molto complesse.

La sensibilizzazione degli operatori nelle RSA costituisce un valore aggiunto in quanto, in tali ambiti, la presenza fissa e continuativa di un numero consistente di ospiti può dare adito a potenziali errori legati all'abitudine. Nell'indagine si è, inoltre, affrontato il problema della riconciliazione terapeutica, ipotizzando la preparazione di un documento ospedale-territorio.

L'obiettivo delle "Raccomandazioni Ministeriali" è di sviluppare un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche e assistenziali ad elevato rischio di errore, nonché di offrire agli operatori sanitari informazioni utili ad evitare condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi.

L'Azienda Sanitaria ULSS 3 di Bassano, in merito agli indirizzi normativi, ha avviato un sistema di controllo e verifica sia dei processi sia delle procedure in atto per tutte e tre le aree:

1. Raccomandazione 1: corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio e altre soluzioni concentrate contenenti potassio. Il cloruro di potassio KCl e le soluzioni concentrate di potassio per via endovenosa possono causare effetti letali, se somministrate in modo inappropriato. Gli errori più frequenti sono: scambio di fiala, mancata diluizione, non corretta preparazione del prodotto da infondere, errata identificazione del paziente.

2. Raccomandazione 7: prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica. Gli eventi avversi dovuti ad errori durante il processo di gestione del farmaco sono riconosciuti come la causa di danno più frequente nei pazienti ospedalizzati. Il verificarsi di questi eventi, per lo più prevenibili ed evitabili, anche se non tutti seguiti da danno al paziente, mette comunque in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancata o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori e/o tra operatori e pazienti/familiari, e può richiamare il bisogno di una formazione specifica.

3. Raccomandazione 12: prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look alike-Sound alike" LASA. Tra gli errori legati all'uso e alla gestione dei farmaci, quelli più frequenti sono riferiti all'uso dei farmaci cosiddetti "look-alike/sound-alike", ossia "LASA", acronimo utilizzato per indicare quei farmaci che possono essere scambiati con altri per la loro somiglianza grafica e/o fonetica del nome. Nomi che si scrivono e si pronunciano in modo simile, confezioni simili nelle dimensioni e nel colore possono indurre in errore durante tutte le fasi della gestione del farmaco, sia in ospedale, sia sul territorio.

## **Risultati attesi**

- Ridurre il rischio di sovradosaggio accidentale di K derivante dall'uso improprio di soluzioni concentrate di KCl o di K, garantendo nel contempo la tempestiva disponibilità del farmaco in caso di bisogno. Gli errori più frequenti in questo ambito sono: scambio di fiala, mancata diluizione, non corretta preparazione del prodotto da infondere, errata identificazione del paziente.

- Prevenire il verificarsi dell'evento sentinella dovuto ad un uso non corretto dei farmaci nell'ambito dell'assistenza ospedaliera e dei Centri.

- Evitare gli errori in terapia legati all'uso dei farmaci LASA, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

La Raccomandazione si pone anche la finalità di:

-fornire indicazioni per prevenire lo scambio tra farmaci con somiglianza fonetica e grafica nel nome, nonché somiglianza nella confezione;

- sensibilizzare gli operatori sanitari e i vari attori coinvolti affinché siano messi in atto tutte le misure preventive per evitare lo scambio di farmaci.

## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Sono stati stilati e diffusi due protocolli (allegati al progetto) per razionalizzare l'uso delle soluzioni concentrate di potassio e per una corretta conservazione sia nei reparti ospedalieri che nei Centri Servizi; è stata preparata una raccolta di oltre 234 schede, provenienti dai reparti ospedalieri e dai Centri Servizi che hanno evidenziato possibilità di confusione nei generici e nei galenici officinali nei farmaci diversi di una stessa ditta e in alcune soluzioni infusionali; è stato implementato un sistema informatico di richiesta

di farmaci e di dispositivi medici per tutti i servizi; si è riscontrato che il sistema di informatizzazione delle richieste ha azzerato gli errori d'interpretazione.

Tale procedura informatica ha velocizzato le operazioni ed eliminato i problemi d'interpretazione di farmaci e dosaggi, riducendo drasticamente il rischio clinico legato a tali problematiche; è stato elaborato un manuale sull'uso dei disinfettanti e degli antisettici per standardizzarne gli utilizzi ed eliminare gli usi impropri.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? Si**  
In tutte le Aziende Sanitarie della Regione Veneto

**Durata Progetto:** 8 mesi

**Costi complessivi del progetto:** 0

**Note:** non vi sono stati costi aggiuntivi, ma è stato implementato un sistema di gestione e riorganizzazione delle procedure, nonché una massiccia formazione del personale sia dell'ospedale sia dei Centri Servizi

**n. 21 - Progetto: Progetto per lo sviluppo del turismo accessibile nell'altopiano di Asiago**

Nome del servizio: Direzione dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale ULSS 3 Bassano del Grappa

Indirizzo: VIA Dei Lotti, 40

Regione: VENETO Provincia: Vicenza

Comune: Bassano del Grappa CAP: 36061

Tipologia Azienda: ASL

Tipologia Struttura: Direzione Strategia Aziendale

Responsabile Progetto: Alessandra Corò

Email: marzia.martignon@aslbassano.it

Data Inizio: 02 gennaio 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Sì

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti:** Comuni, Corpo Forestale, Ass. Sportive per mappatura delle attività offerte; Centro privato riabilitativo Mezzaselva per percorsi riabilitativi per target specifici

**Area Trattata:** Comfort e processi organizzativi, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Informazioni/Segnalazioni, Partecipazione, Riabilitazione

**Individuo coinvolto:** Anziano, Bambino, Persona con disabilità, Persona affetta da patologia cronica, Genitori, Adolescenti

### **Descrizione sintetica del progetto**

L'Altopiano è un territorio che offre servizi turistici, sportivi, ricreativi e che può promuovere un turismo accessibile per persone con specifici bisogni derivanti da condizioni personali e di salute (anziani, disabilità motorie, sensoriali, intellettive). Inoltre, a breve, nel corso del 2014, sarà nuovamente attivo l'Istituto Riabilitativo di Mezzaselva, valida struttura per valorizzare e completare l'offerta nell'Altopiano, territorio ideale per programmi riabilitativi, per le



attività sportive, grazie alla presenza di ottimi impianti e strutture alberghiere e alla ricchezza di siti storici e ai numerosi percorsi paesaggistici.

Infatti, il turismo accessibile porta a servizi migliori per tutti i turisti, consente un' accoglienza accurata ed è rivolto al cittadino/cliente che ha diritto di fruire di servizi adeguati e commisurati a un giusto rapporto qualità/prezzo.

L'accessibilità comporta il coinvolgimento di tutta la filiera turistica: a. la cultura, il tempo libero, lo sport; b. la ricettività, la ristorazione; c. i servizi socio-sanitari; d. il sistema dei trasporti; e. la formazione; g. l'informazione.

Promuovere l'Altopiano di Asiago, quale luogo per il turismo accessibile, significa riconoscere il grande potenziale di questo territorio sia in termini di strutture che di risorse umane, ma significa anche prevedere un piano di formazione, informazione, promozione di un progetto che preveda il coinvolgimento e coordinamento di soggetti pubblici e privati.

Poiché l'accessibilità riguarda non solo aspetti strutturali e infrastrutturali, ma anche i servizi offerti ai turisti, occorre promuovere la qualità dell'accoglienza per tutti, ovvero incentivare un cambiamento culturale che generi profondi mutamenti dei modelli organizzativi e gestionali, ancora prima che strutturali. E' necessario incentivare la formazione delle competenze e delle professionalità, che coinvolga tutta la filiera delle figure professionali turistiche e tecniche: manager, impiegati, aziende, imprese pubbliche e private. L'informazione sull'accessibilità non può ridursi a un simbolo, ma deve essere oggettiva, dettagliata e garantita, onde permettere a ogni persona di valutare in modo autonomo e certo quali strutture e servizi turistici siano in grado di soddisfare le sue specifiche esigenze. E' necessario promuovere una

comunicazione positiva, che eviti l'uso di termini discriminanti. L'informazione deve essere diffusa in formati fruibili per tutti, attraverso tutti i canali informativi e promozionali del mondo turistico. Il bacino d'utenza da prendere in considerazione è ricavato dalla popolazione Nazionale ma soprattutto dalla nostra regione. È stata elaborata una tabella da cui è possibile stimare la numerosità delle fasce interessate a questa tipologia di turismo.

## **Risultati attesi**

Condivisione del progetto con le autorità e con i soggetti legati al settore turismo dell'area oggetto del progetto e delle zone circostanti (es. fornitori di servizi turistici, comunità locali) al fine di gestire e garantire la sostenibilità sociale, culturale e ambientale; previsione di percorsi formativi mirati per gli operatori sportivi, culturali, alberghieri e degli amministratori comunali; mappatura di attività ludico/sportive, ricreative, culturali accessibili anche con interventi di adeguamento.

Centro Riabilitativo di Mezzaselva: attivazione di percorsi riabilitativi specialistici. Accordo di programma per i trasporti e la logistica. Predisposizione della campagna di informazione e comunicazione. Percorsi dedicati a sordi e non vedenti per consentire anche a queste persone di scoprire autonomamente il territorio in chiave naturalistica, ricreativa e culturale, percorsi privi di barriere architettoniche accessibili a persone con disabilità motoria.

## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Tra i risultati raggiunti, si evidenzia quanto segue: promozione di iniziative che hanno consentito la creazione di un centro di

riferimento per persone sportive con disabilità; stage-allenamenti-periodi di ritiro per numerosi sport: sci, tennis, nordicwalking, pallavolo, tiro con l'arco, basket, golf e hockey su ghiaccio, ippica e passeggiate a cavallo.

Le azioni di rilievo:

- censimento della associazioni sportive e culturali interessate al target;
- stesura della guida “I nostri monti accessibili, Itinerari per disabili e non solo ...” con la predisposizione di itinerari ed attività sportive per disabili, praticabili sia nella stagione estiva che invernale.
- Individuazione di percorsi per Hand-bike, Mountain-bike e Tandem, escursioni e Nordic-walking, Easytrekking e Joelette; durante il periodo invernale i percorsi proposti riguardano le ciaspole, lo sci da fondo–alpino, l’escursionismo, il tennis a sedia a rotelle, il calcio ecc.
- Protocolli d’intesa con i 28 Comuni, il Corpo Forestale, l’Istituto Alberghiero e le Associazioni Sportive e Culturali.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto: 6 mesi**

**Costi complessivi del progetto: 0**

**Note:** I costi, fino ad ora, sono stati sostenuti dall'ULSS 3 di Bassano che ha utilizzato i propri dipendenti che per responsabilità e ruolo istituzionale ricoperto sono intervenuti a più livelli.

## **n. 22 - Progetto: Amici del cuore**

Nome del servizio: Riabilitazione Cardiologica ULSS 3 Bassano del Grappa

Indirizzo: VIA Martiri di Granezza, 42

Regione: VENETO Provincia: Vicenza

Comune: Asiago CAP: 36012

Tipologia Azienda: ASL

Tipologia Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: Anna Sartori Sforza

Email: marzia.martignon@aslbassano.it

Data Inizio: 01 febbraio 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti:** Scuole medie Altopiano di Asiago: produzione del logo; Associazioni di volontariato

**Area Trattata:** Presa in carico, Trasparenza e partecipazione civica

**Categoria di appartenenza:** Comportamenti, Ospedale, Partecipazione, Patologie croniche, Riabilitazione

**Individuo coinvolto:** Persona affetta da patologia cronica, Professionisti sanitari

**Descrizione sintetica del progetto**

La Riabilitazione Cardiologica degenziale si rivolge a pazienti a medio-alto rischio, con cardiopatia ischemica, chirurgia coronarica e/o valvolare, scompenso cardiaco, elevata concentrazione di fattori di rischio, durante i giorni immediatamente successivi all'evento acuto o all'intervento cardiocirurgico.

La caratteristica principale della riabilitazione intensiva è l'elevata complessità dell'approccio valutativo e dell'intervento clinico - assistenziale, educativo - riabilitativo.

Questo progetto si articola secondo sei aree fondamentali d'intervento:

1. assistenza clinica, stratificazione del rischio e corretta impostazione terapeutica: -percorso personalizzato d'indagini cliniche e strumentali indicate dal Cardiologo di riferimento. Entro il giovedì della 1° settimana di degenza, si effettua la riunione di team, viene assegnato il profilo di rischio cardiovascolare e stilato il progetto riabilitativo individuale che si realizza attraverso la predisposizione di uno o più programmi riabilitativi (cardiologico, fisioterapico, infermieristico, dietetico, psicologico);

2. training fisico e prescrizione di programmi di attività fisica: -il fisioterapista procede alla valutazione iniziale della capacità funzionale, attraverso il 6 MWT e l'intervista fisioterapica. In collaborazione con il cardiologo vengono individuati gli obiettivi a breve e lungo termine. - Il paziente partecipa a sedute quotidiane di rieducazione funzionale, che prevedono esercizi respiratori individualizzati, attività fisica aerobica a corpo libero o su attrezzi cardiovascolari;

3. educazione sanitaria specifica rivolta alla correzione dei fattori di rischio: counselling individuale, attraverso l'accoglienza, l'ascolto attivo da parte di tutte le figure socio sanitarie coinvolte, ciò determina un'operazione cognitiva che sfocia in una ri-negoziazione

personale e induce il soggetto alla rielaborazione di abitudini mentali, contesti e valori; -incontri individuali programmati con medico, fisioterapista, infermiere, assistente sociale, dietista, psicologo e riunioni informative in gruppo con gli altri degenti, in un momento codificato della giornata, dopo la seduta di attività fisica;

4. valutazione psicosociale ed occupazionale con interventi specifici: -screening d'ingresso attraverso la somministrazione dei questionari HADS e SF36; tale attività, che prosegue con colloqui individuali, serve allo psicologo per predisporre l'eventuale prosecuzione del supporto psicologico dopo la dimissione;

5. follow-up clinico-strumentale individualizzato e supporto per il mantenimento: -relazione sanitaria al momento della dimissione contenente i dati del ricovero, i risultati degli accertamenti, il programma dei controlli clinici da effettuare e le indicazioni per la modifica degli stili di vita. Il follow-up clinico-strumentale del medico cardiologo, a due mesi dalla dimissione, è affiancato dall'intervista individuale somministrata da ciascuna delle figure del team in occasione dell'accesso del paziente in ambulatorio cardiologico. Il follow up, a cui presenziano anche i familiari del paziente, è l'occasione ideale per verificare se il paziente si è attivato verso la gestione autonoma dei propri fattori di rischio cardiovascolare e per valutare o correggere le abitudini di vita;

6. mantenimento a lungo termine del cambiamento nello stile di vita: - l'Equipe dell'Unità Operativa della Riabilitazione Cardiologica propone in modo attivo la partecipazione a riunioni informative sulla patologia cardiaca, sui fattori di rischio c.v e la promozione dell'attività fisica coinvolgendo le Associazioni presenti sul territorio. Validi esempi sono la camminata annuale "Passi per il cuore", attivata in collaborazione con il comune di Roana ed il coinvolgimento della popolazione e delle Associazioni del

Volontariato locale e le giornate di prevenzione cardiovascolare in piazza.

## **Risultati attesi**

L'ottica con cui è stata affrontata la sfida è quella dell'integrazione delle competenze professionali, dell'audit multi-professionale, della qualità totale (organizzativo-gestionale e professionale).

La formulazione degli obiettivi presuppone una pianificazione condivisa col paziente: - definire, con il paziente, gli obiettivi terapeutici e i risultati attesi, individuando modifiche graduali in merito agli stili di vita a breve termine (durante il ricovero) e a lungo termine (follow up a due mesi); -eseguire interventi di educazione sanitaria e di educazione terapeutica individuale volta a motivare il paziente al cambiamento;-valutare e approfondire il livello di benessere psicologico;-individuare e promuovere spazi d'incontro gruppal; -implementare rapporti di reciproco beneficio con i singoli e con la comunità: riunioni informative sulla patologia cardiaca, sui fattori di rischio c.v, sulla promozione dell'attività fisica.

## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Realizzazione degli obiettivi in condizioni di iso-risorse. In particolare è stato possibile constatare:

- aumento della compliance terapeutica - dati follow up: controllo pa, adesione a.f, aderenza farmacologica (n di pz che ritornano in follow up in aumento, attualmente l'80% dei ricoverati);
- maggiore autonomia funzionale con riduzione della dipendenza e della disabilità;

- miglioramento della tolleranza allo sforzo fisico e del profilo cardiovascolare (incremento medio di 100 m al 6mwt al test predimissivo);
- miglioramento della qualità di vita;
- partecipazione attiva alle iniziative di incontri gruppali ed individuali sia del paziente che dei suoi famigliari conviventi in un'ottica di prevenzione primaria (n partecipanti passeggiata in crescita continua);
- partecipazione della comunità locale (il logo RCV è frutto del concorso indetto presso le scuole medie inferiori dell'Altopiano);
- giornate di prevenzione annuali, promosse dall'associazione Amici del cuore.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto:** 15 mesi

**Costi complessivi del progetto:** 0

**n. 23 - Progetto: Avevamo un tappeto volante e non lo sapevamo**

**Nome del servizio:** AUSL DI BOLOGNA-DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

**Indirizzo:** VIA CASTIGLIONE 29, 40124

**Regione:** EMILIA-ROMAGNA **Provincia:** Bologna

**Comune:** Bologna **CAP:** 40124



Azienda: ASL

Struttura: DIPART CURE PRIMARIE

Responsabile Progetto: STEGAGNO MARIA CRISTINA

Email: mariacristina.stegagno@ausl.bologna.it

Data Inizio: 05 novembre 2012

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Accesso ai servizi/trasparenza, Comportamenti, Salute a scuola

**Individuo coinvolto:** Bambino, Professionisti sanitari, Genitori, insegnanti, ospiti case di riposo, operatori tipografia aziendale

### **Descrizione sintetica del progetto**

Il Progetto nasce dalla necessità di risolvere alcune criticità: gestione dell'ansia e delle paure bambino/genitore, prevenzione, attività svolta in sicurezza dall'operatore.

L'intervento realizzato: creare un approccio verso bambino attraverso il gioco (ad es. attraverso la predisposizione di lezioni presso le scuole elementari – sez. 7 anni, che richiedono percorso), attraverso incontri informativi genitori/insegnanti e la predisposizione di un angolo dedicato per l'utenza pediatrica c/o il Poliambulatorio Montebello (angolo dei cuccioli).

Metodo utilizzato: rappresentazione di 2 favole che aiutano il bambino a capire ed affrontare il concetto di dolore e paura. Rafforzamento delle pratiche di igiene quotidiane (pulizia delle mani e denti). Raccolta dati che evidenziano lo stato di apprendimento ed

apprezzamento del bambino, il livello di gradimento degli insegnanti e delle risorse umane coinvolte. Vari, infatti, sono i soggetti coinvolti: il coordinatore/referente del progetto, infermieri di supporto e gruppo di operatori, anziani in casa di riposo per la preparazione di parte di materiale, genitori, insegnanti e bambini; ci si serve inoltre di una tipografia aziendale.

Innovazioni apportate: miglioramento dell'accoglienza per l'utente con età pediatrica, attraverso la predisposizione di spazi dedicati; attuazione di un percorso di nuova realizzazione per utente pediatrico.

Schema del processo organizzativo ed organizzazione: predisposizione catalogo obtv salute da parte dell'azienda con i progetti in essere; richieste pervenute dalle scuole per il progetto; programmazione di incontri/date; predisposizione di materiale cartaceo/dvd; programmazione incontri con genitori/insegnanti; raccolta dati ed elaborazione dei dati; verifica trasversale di bimbi con percorso effettuato/senza percorso, che accedono alla struttura; affiancamento nuovi colleghi del gruppo; riunioni di gruppo e condivisione dati; predisposizione di corsi di formazione per nuovi colleghi inseriti nel gruppo. Bibliografia e normative analizzate : Giorgio Nardone "Paura-panico-fobia", Francesca Ronchetti "Per mano di fronte all'altra", Nathalie Peretti " Sentire con il corpo", Fausto Presutti: "Psicologia dell'educazione e metodi di ricerca", Bertini M. "Psicologia e salute", Farne' M.- Sebellico A. "Psicologia dell'operatore sanitario" [www.who.int/gpsc/en](http://www.who.int/gpsc/en) (sito dell'OMS); "Lavarsi le mani a scuola riduce davvero le infezioni"– Corriere della Sera, 16 ottobre 2011 -Ministero della Salute – Linee guida sull'igiene e la prevenzione dentale, anno 2009.

## **Risultati attesi**

1) Pubblicazione progetto all'interno del catalogo obtv salute aziendale; 2) introdurre il progetto in almeno 10 scuole di Bologna e provincia; 3) analisi del questionario di gradimento 2013/2014.

## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Obiettivo 1 raggiunto nel 2012 /2013.

Obiettivo 2 e 3: statistica tappeto volante e risultati raggiunti nell'anno scolastico 2012/2013: tot. bimbi iscritti 289, tot. Classi 13, tot. scuole visitate 12, bimbi effettivi 260, n° insegnanti coinvolti 25, n° genitori presenti in riunione 127.

Risultati raggiunti nell'anno scolastico 2013/2014: tot. bimbi iscritti 560, tot. classi 23, tot. scuole visitate 11, bimbi effettivi 520, n° insegnanti coinvolti 20. n° genitori presenti in riunione 140.

Anno scolastico 2012/2013 (risposte ai test di gradimento insegnanti) obiettivo raggiunto: si- 100%; per attività laboratorio: voto 8.85 (1 discreto -10 molto buono-2 eccellente); per competenza operatori: voto 9.33 (7 molto buono – 6 eccellente).

Anno scolastico 2013/2014 (risposte ai test di gradimento insegnanti) obiettivo raggiunto: si - 100%; per attività laboratorio: voto 8.81 (2 suff. - 1 discreto -9 molto buono-6 eccellente ); per competenza operatori: voto 9.36 ( 9 molto buono – 9 eccellente).

**È stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?**  
Si

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata del progetto:** in atto

**Costi complessivi del progetto:** €500

**Note:** Non è prevista una data di conclusione per programmazione, continua in base alle richieste.

**n. 24 - Progetto: Progetto Nati per Leggere Lucca Informazioni**

**Nome del servizio:** Dipartimento Materno-Infantile

**Indirizzo:** VIA Francesco Lippi, 5

**Regione:** TOSCANA                      **Provincia:** Lucca

**Comune:** Lucca                      **CAP:** 55100

**Azienda:** ASL

**Struttura:** Ospedale

**Responsabile Progetto:** Dott. Raffaele Domenici -Donatella Puccetti

**Email:** donapucce@gmail.com

**Data Inizio:** 25 novembre 2013

**Data Conclusione Prevista:** 25 novembre 2018

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?**      Sì

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti:** Libri (lettura) e Bambini

**Area Trattata:** Presa in carico, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Comportamenti, Ospedale, Partecipazione, Chemioterapia e radioterapia, Condizione delle

strutture sanitarie, Consenso informato, Terapia del dolore, Pediatria, Percorso nascita, Ricoveri

**Individuo coinvolto:** Bambino, Persona con disabilità, Adolescenti, Genitori, Professionisti sanitari, Persona affetta da patologia cronica

### **Descrizione sintetica del progetto**

Il 25 novembre 2013 è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa tra 12 Comuni dell'Area Lucca-Media Valle del Serchio-Garfagnana, la provincia di Lucca, l'ASL 2 di Lucca, l'Associazione Culturale Pediatri e la federazione italiana Medici Pediatri di Lucca, per la promozione della lettura secondo le finalità del progetto nazionale "Nati per leggere". Il progetto "Nati per leggere" si propone di utilizzare il libro come strumento d'interazione e di contatto tra il mondo del bambino e quello dell'adulto. Molti sono i vantaggi, sia sulla sfera cognitiva (si sviluppano meglio e più precocemente la comprensione del linguaggio e la capacità di lettura) sia su quella relazionale (è un'opportunità di relazione tra bambino e genitori). Nati per leggere coltiva la speranza che, grazie a tale interazione, possa nascere nel bambino sin dalla più tenera età una vera e propria passione per i libri e lettura e che questa passione si possa protrarre anche nelle età successive, generando un adulto lettore. Il Protocollo d'intesa prevede la costituzione di un gruppo di lavoro intercomunale composto dai referenti delle singole parti che compongono il protocollo con l'aggiunta di referenti di 12 biblioteche e i servizi alla prima infanzia (nidi e servizi integrativi). Lo scopo del progetto sottoscritto nel protocollo d'intesa, è quello di stimolare le capacità di osservare, comprendere e pensare, di anticipare il linguaggio, di arricchire il vocabolario, di creare le premesse per un buon rendimento scolastico e infine di sostenere e di motivare il bambino nella fase di apprendimento della lettura.

All'interno del gruppo di lavoro, l'ASL2 di Lucca promuove lo sviluppo delle iniziative di NPL (Nati per leggere), rivolte ai bambini accolti a qualsiasi titolo (nascita, ricovero, day-service, pronto soccorso, ambulatorio) all'interno delle U.O. dell'Area Materno Infantile, sensibilizzando gli operatori a tutti i livelli. L'Azienda individua spazi, tempi e modalità dedicati alla lettura e si occupa della diffusione ai bambini e ai loro genitori del materiale di lettura; favorisce il coordinamento e l'integrazione con le analoghe iniziative della Pediatria Territoriale (Pediatri di famiglia) per creare una continuità di azione. Ci stiamo organizzando per promuovere iniziative d'informazione rivolte agli operatori dell'UU.OO dell'Area Materno Infantile sulle attività di NPL all'interno dell'Azienda USL2. All'interno dello spazio gioco dell'U.O. Pediatria c'è una biblioteca, dove il personale volontario dell'ABIO (Associazione per il Bambino in Ospedale), presente in alcuni giorni della settimana, legge le storie ai bambini ricoverati o in regime ambulatoriale. La lettura rappresenta un arricchimento nei bambini anche piccolissimi che deriva dall'esperienza di narrazione e di gioco con il libro che amplia l'universo dell'esperienze ed è una chiave per aprire a nuovi e affascinanti mondi, sviluppando l'immaginazione. Inoltre, durante i corsi di preparazione al parto, i pediatri informano e consegnano alle future mamme un librettino preparato dal Dipartimento Materno Infantile, sui benefici affettivi e cognitivi che la lettura reca. In seguito, durante i corsi di massaggio neonatale, al fine di aiutare e favorire il rilassamento del neonato, viene insegnato alle neo-mamme come unire contemporaneamente massaggio e racconto/recitazione o lettura di filastrocche.

## **Risultati attesi**

Il progetto NPL Lucchese rappresenta di fatto un'estensione, con varianti ed integrazioni, di quello adottato sul territorio della Versilia dal 2012. Condividendone finalità ed azioni, si è ritenuto significativo mantenere nel presente progetto l'impianto ed i presupposti di quello versiliese. Molte ricerche scientifiche dimostrano l'efficacia della lettura ad alta voce e quella di libri illustrati, praticate con una certa continuità fin dalla prima infanzia, per la positiva ricaduta nello sviluppo socio-cognitivo dei bambini. L'attività di gioco legata al libro e alle storie consente inoltre una precoce acquisizione del linguaggio, sin dal punto di vista della produzione che della comprensione e può consentire un'acquisizione più rapida ed efficace delle successive competenze di scrittura nell'età scolare. L'ascolto è infine per il bambino un imprinting relazionale fondante, sia che avvenga in presenza di figure familiari sia che si realizzi nel gruppo dei pari in contesti educativi.

## **Risultati raggiunti(rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Il Protocollo d'intesa di Lucca da poco costituito (25/11/2013) ha inserito una serie di incontri dei referenti del gruppo di lavoro intercomunale, composto dai rappresentanti dei soggetti firmatari, per la discussione di alcune variazioni da apportare nel testo di progetto, sulla base di quello NPL della Versilia (Lucca). Il Dipartimento Materno Infantile ha messo in atto una parte degli obiettivi preposti: individuazione di spazi per la diffusione di materiale di lettura (biblioteca nella stanza dei giochi), letture ad alta voce negli ambulatori o nelle stanze di degenza effettuate da lettori volontari( ABIO), informazione nei corsi pre-parto da parte dei pediatri e somministrazione di un librettino sui benefici della lettura,

infine durante i corsi di Massaggio Neonatale insegnare come unire contemporaneamente massaggio e racconto o lettura di filastrocche ai bambini da parte dei genitori.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?**No

**Durata Progetto:** 60

**Costi complessivi del progetto:** 0

**n. 25 - Progetto: Ridefinizione e implementazione degli spazi verdi compresi nel perimetro del complesso ospedaliero Ospedale Mauriziano Umberto I° di Torino**

**Nome del servizio:** DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

**Indirizzo:** VIA Ferdinando Magellano, 1

**Regione:** PIEMONTE **Provincia:** Torino

**Comune:** Torino **CAP:** 10128

**Azienda:** Azienda Ospedaliera

**Struttura:** Ospedale

**Responsabile Progetto:** Dr. Giuseppe De Filippis

**Email:** [gdefilippis@mauriziano.it](mailto:gdefilippis@mauriziano.it)

**Data Inizio:** 01 settembre 2014

**Data Conclusione Prevista:** 31 agosto 2016



**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?**     Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti:** Associazioni del volontariato e del privato sociale partecipanti al tavolo della Conferenza aziendale di partecipazione

**Area Trattata:** Comfort e processi organizzativi

**Categoria di appartenenza:** Condizione delle strutture sanitarie  
Umanizzazione dei luoghi di cura

**Individuo coinvolto:** Tutte le persone che a diverso titolo frequentano l'ospedale: pazienti, accompagnatori, personale dipendente, volontari, studenti, professionisti, ecc...

### **Descrizione sintetica del progetto**

Nel XIX secolo l'Azienda Ospedaliera 'Ordine Mauriziano di Torino' presentava tra i padiglioni, che ne costituiscono la struttura, ampie superfici a verde connotate dalla presenza di specie arboree, arbustive ed erbacee. Con gli anni, una serie di ampliamenti e di adeguamenti tecnologici hanno portato a una progressiva riduzione degli spazi a giardino pregiudicando l'impostazione originaria.

Una delle zone con maggiore criticità è la copertura dei locali adibiti a mensa in cui una guaina bituminosa di colore nero posta sul tetto piano dell'edificio connota in modo impattante la struttura definendo uno spazio poco fruibile dai pazienti e dal personale di servizio.

Descrizione dell'intervento: il progetto interviene su un'area che, ad oggi, si configura come uno spazio non utilizzato, potenzialmente fruibile grazie alla presenza di un tetto piano in cui è stata immaginata la realizzazione di un giardino pensile intensivo con finalità terapeutiche indirizzate ai malati con disabilità di tipo fisico

o psicofisico. L'idea progettuale nasce dall'importanza che questo spazio offre per i malati, i loro familiari, per chi lavora e per chi viene in visita.

Il giardino terapeutico fa da complemento alle cure perché è un luogo di armonia e rilassamento: evoca distrazione, compensa lo stress, stimola piacevolmente i sensi. Con il progetto del 'giardino terapeutico' l'anonimo tetto piano della mensa dell'Azienda Ospedaliera 'Ordine Mauriziano di Torino', diventa uno spazio per rendere più leggera e luminosa la sosta.

Dal punto di vista strutturale il terrazzo è diviso in due moduli, con funzioni differenti e complementari in quanto concepite a elevata integrazione. La prima area può essere definita "passiva" relativa allo stare nella natura, sedersi ed osservare; la seconda "attiva" legata alle attività svolte con il verde e nel verde dove si prevede una percezione sensoriale dell'ambiente.

Tutti i percorsi all'interno del giardino sono privi di barriere architettoniche e risultano contraddistinti da differenti tipologie di pavimentazione. A zone soleggiate si alternano zone ombreggiate grazie alla presenza di esemplari arborei e di pergole in legno su cui crescono rampicanti dagli intensi profumi. La ricchezza botanica in progetto annovera all'interno di fioriere numerose specie aromatiche e sensoriali che stimolano i pazienti durante le attività di ortoterapia e fisioterapia.

Metodo utilizzato: lo spunto per sviluppare questo progetto è stato fornito dall'Azienda Ospedaliera 'Ordine Mauriziano di Torino' che si è mostrata particolarmente interessata a studiare e sviluppare, attraverso una progettazione partecipata, un giardino terapeutico che possa contribuire a soddisfare le esigenze manifestate dai pazienti, dai loro familiari e dal personale di servizio.

Strutture interne ed esterne utilizzate: il progetto nasce nell'ambito di una convenzione tra il Dipartimento di Scienze Agrarie, Forestali e Alimentari dell'Università degli Studi di Torino, il Politecnico di Torino e l'Azienda Ospedaliera 'Ordine Mauriziano di Torino'. Il contributo specialistico fornito nei rispettivi campi dai due Enti ha consentito di conseguire con successo gli obiettivi prefissati di miglioramento della qualità di vita all'interno della struttura ospedaliera.

Innovazioni apportate: umanizzazione della struttura ospedaliera, progettazione partecipata con i pazienti e il personale di servizio, consulenza universitaria sugli aspetti connessi alla progettazione di un healing garden, primo esempio torinese di giardino terapeutico all'interno di una struttura ospedaliera.

Schema del progetto organizzativo: nell'ambito di un lavoro di tesi svolto all'interno della convenzione sopracitata sono state sviluppate una serie di soluzioni progettuali sul tetto piano dei locali adibiti a mensa. Il progetto è stato a sua volta analizzato e condiviso dall'Ufficio tecnico dell'Azienda ospedaliera 'Ordine Mauriziano di Torino'.

Normative di riferimento: il progetto del verde pensile è stato redatto secondo i dettami della Convenzione Europea del Paesaggio in cui viene attribuito un ruolo molto significativo al verde, che inteso come "sistema", assicura qualità al paesaggio urbano, contribuendo a migliorare le condizioni ambientali.

## **Risultati attesi**

La riqualificazione a verde pensile intensivo con la creazione di un giardino terapeutico dei locali adibiti a mensa ha come obiettivo un miglioramento della qualità di vita delle persone che, a vario titolo,

vivono la struttura ospedaliera. Le attività in progetto sono finalizzate ad aiutare l'individuo a entrare in rapporto diretto con la natura e i suoi ritmi e concorrono al recupero della coscienza di spazi e di tempi al di fuori delle problematiche legate al proprio malessere. I risultati attesi mirano, inoltre, al potenziamento e al sostegno del processo di guarigione attraverso una gamma molto varia di situazioni create con l'organizzazione dello spazio secondo i concetti dell'accogliere e dell'accompagnare. Gli obiettivi principali sono, pertanto, quelli di dare serenità e fiducia, ridurre l'ansia, il dolore, offrire una qualità di vita migliore e aumentare l'autostima.

### **Risultati raggiunti(rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Questo progetto rappresenta un importante esempio di come l'intera struttura ospedaliera possa essere recuperata attraverso la creazione di una serie di giardini terapeutici in cui il ruolo centrale è rivestito dai pazienti, dai familiari e dal personale di servizio. Le scelte condotte rispettano, inoltre, la definizione di salute messa a punto dall'Oms che identifica nell'ambiente, quindi anche in quello naturale, uno dei fattori cruciali per il raggiungimento di una condizione di benessere e sottolinea l'inscindibilità del legame tra qualità della vita delle comunità e condizioni dei luoghi dove esse vivono, lavorano e trascorrono il tempo libero.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto: 24 mesi**

**Costi complessivi del progetto: € 158.600**

**n. 26 - Progetto: Controllo dell'aderenza alla terapia nei pazienti con epatite cronica da virus C.**

Nome del servizio: IMS IntercartiveMonitoring Service

Indirizzo: VIA Bonacini, 91

Regione: EMILIA-ROMAGNA Provincia: Modena

Comune: Modena CAP: 4112x

Telefono: 0594270122

Azienda: FBCommunication

Struttura: srl a socio unico

Responsabile Progetto: Prof. VITO DI MARCO

Email: vito.dimarco@unipa.it

Data Inizio: 01 aprile 2014

Data Conclusione Prevista 01 aprile 2015

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico

**Categoria di appartenenza:** Comportamenti, Farmaci, Patologie croniche, Monitoraggio della aderenza alla terapia

**Individuo coinvolto:** Persona affetta da patologia cronica, Professionisti sanitari

## Descrizione sintetica del progetto

Il successo delle cure nei pazienti con malattie croniche è influenzato dall'aderenza alle terapie somministrate per lungo tempo. L'importanza di un'adeguata aderenza alla terapia viene enfatizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che dichiara che *“aumentare l'efficacia degli interventi volti a modificare l'aderenza terapeutica può avere un impatto sulla salute della popolazione decisamente maggiore di ogni altro miglioramento riguardante specifici trattamenti terapeutici”*. Secondo l'OMS fino al 50% dei pazienti non assume correttamente i farmaci prescritti per malattie croniche. Si stima che solo un terzo dei pazienti aderisce completamente, un terzo aderisce parzialmente e il restante non aderisce ai trattamenti consigliati. Inoltre, i costi dei trattamenti per le malattie croniche sono notevolmente aumentati e la scarsa aderenza oltre a ridurre l'efficacia, fa lievitare in maniera significativa i costi. L'epatite cronica da virus C è una malattia cronica con una significativa prevalenza in Italia, attualmente trattata con terapie complesse e costose. La triplice terapia (Peg-Interferone, Ribavirina e Telaprevir o Boceprevir), molto efficace, è difficile da gestire per l'elevato numero di compresse da assumere durante la giornata (fino a 15) ed è caratterizzata da una rilevante percentuale di effetti collaterali soggettivi ed ematologici. Per tale motivo, i pazienti che praticano la triplice terapia necessitano di un accurato monitoraggio e un continuo contatto con i medici responsabili della gestione della loro malattia. Attualmente non sono disponibili modalità o presidi codificati che assolvano alle due esigenze su descritte. Le raccomandazioni sulla modalità e i tempi di assunzione dei farmaci vengono suggeriti direttamente dai medici o indicate nelle relazioni cliniche e il contatto tra i pazienti e i medici, in caso di effetti avversi dei farmaci, viene mantenuto

attraverso il telefono. In caso di terapie complesse per le modalità e i tempi di assunzione, e che possono determinare effetti collaterali, l'aderenza può ridursi compromettendo l'efficacia finale della terapia. E' pertanto utile seguire costantemente il paziente ricordandogli i momenti in cui deve assumere i farmaci consentendogli anche di mettersi in contatto velocemente con il medico responsabile della terapia in caso di necessità. A tal fine, è stato sviluppato un innovativo programma di monitoraggio denominato Interactive Monitoring Service (IMS), sviluppato dalla FBCommunication di Modena in collaborazione con l'Università di Ferrara. IMS è un sistema automatico che assegna al paziente un ruolo attivo, incoraggia l'aderenza in ogni fase del programma terapeutico e facilita l'interazione tra il medico e il paziente. IMS contatta il paziente agli orari stabiliti dal protocollo terapeutico e una voce umana preregistrata pone i quesiti ai quali il paziente risponde mediante l'uso della tastiera del telefono o del touch screen. Il contatto con il paziente può avvenire attraverso diverse opzioni tecnologiche: telefono fisso o mobile; i nuovi device Apple o Android, mediante un'App dedicata per il paziente allettato. Un esempio delle modalità di contatto è il seguente: Salve, sono Gloria, l'assistente del programma di aderenza alla terapia per l'epatite C: ha preso 3 compresse di Copegus e 2 di Incivo? Prema il tasto 1 se ha già preso i farmaci; prema il tasto 2 se prenderà i farmaci entro la prossima ora; prema il tasto 3 se ha deciso di non prendere i farmaci; se ha bisogno di parlare con un medico nelle prossime 24 ore prema il tasto 0. Grazie, le auguro una buona giornata.

IMS offre al paziente l'opzione di essere contattato dal centro clinico di riferimento o da un operatore entro 24 ore (ma non come servizio di emergenza). Se il paziente non risponde il sistema riprogramma la chiamata e in caso di reiterata mancata risposta può inviare un

messaggio di allerta al medico. Per il centro è predisposta una pagina Web dedicata e protetta, sulla quale vengono inseriti i dati necessari per avviare il servizio e in tempo reale sono registrate le risposte del paziente, con la possibilità di intervenire prontamente in caso di criticità circa l'aderenza del paziente.

## **Risultati attesi**

- Valutare la correlazione tra aderenza alla terapia e successo terapeutico. In particolare le dosi totali dei tre farmaci somministrati (Peg-interferon, Ribavirina, Boceprevir o telaprevir) sufficienti per ottenere un successo terapeutico in linea con gli studi sperimentali di registrazione.
- Valutare se il contatto continuo con il paziente riduce le sospensioni della terapia per gli effetti collaterali gravi.
- Valutare se il dispositivo di monitoraggio della terapia permetta la diagnosi precoce degli effetti collaterali e ne riduce la gravità.

La registrazione delle dosi dei farmaci realmente assunte dai pazienti potrebbe permettere di valutare il rapporto tra aderenza alla terapia e successo terapeutico finale (clearance del virus C) e la correlazione tra dosi assunte e comparsa degli effetti collaterali gravi. Inoltre, la possibilità di mantenere un contatto continuo con il paziente potrebbe ridurre la gravità di alcuni effetti collaterali come le sepsi in corso di terapia.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? No**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?No**



**Durata Progetto** : 12 mesi

**Costi complessivi del progetto:** € 238.674

**Note:** Il costo esposto si riferisce all'intero studio, sviluppo e implementazione del servizio IMS InteractiveMonitoring Service alla attuale release; l'applicazione attualmente in corso presso il Centro A.O.U. Policlinico P. Giaccone di Palermo comporta solo una allocazione parziale dei costi su esposti.

### **n. 27 - Progetto: dietista**

Nome del servizio: servizio di dietologia

Indirizzo: VIA e. raggio, 12

Regione: PIEMONTE Provincia: Alessandria

Comune: Novi Ligure CAP: 15067

Telefono: 0143332596

Azienda: ASL

Struttura: Ospedale

Responsabile del progetto: Email: ffiumara@aslal.it

Data Inizio: 01 maggio 2010

Data Conclusione Prevista 01 giugno 2020

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Categoria di appartenenza:** Oncologia, Partecipazione

**Individuo coinvolto:** Cronico

**Descrizione sintetica del progetto**

Nutrizione artificiale territoriale

**Risultati attesi**

Fornitura presidi e prodotti a domicilio

**Risultati raggiunti(rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Controllo ambulatoriale regolare, controllo dei costi

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 36 mesi

**Costi complessivi del progetto:** 0

**n. 28 - Progetto: Orto-Terapia in Cure Palliative**

Nome del servizio: Antea Associazione Onlus

Indirizzo: PIAZZA Santa Maria della Pietà, 5

Regione: LAZIO Provincia: Roma

Comune: Roma CAP: 00135

Telefono: 06303321

Azienda: Ente no-profit

Struttura: Hospice

Responsabile Progetto: Claudia Monti Telefono

Email: c.monti@antea.net

Data Inizio: 01 gennaio 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico, Relazione

**Categoria di appartenenza:** cure palliative

**Individuo coinvolto:** Pazienti in fase terminale di malattia di ogni fascia di età

### **Descrizione sintetica del progetto**

L'insorgenza della malattia determina nella persona una serie di cambiamenti non solamente legati alla perdita di autonomia e funzionalità, ma anche alla perdita della propria identità, in quanto la persona malata va spesso incontro alla perdita del ruolo ricoperto nel suo contesto familiare e sociale.

L'intento di Antea è quello di mitigare questa perdita di identità, facendo sentire l'individuo ancora protagonista della propria vita: non paziente, ma in primo luogo persona. Questo obiettivo può essere raggiunto solo attraverso una rimotivazione dell'individuo, riportandolo ai valori più profondi, valori che ognuno di noi spesso ritrova proprio nel contatto con la natura, relazione spesso dimenticata e negata nelle strutture sanitarie: chiunque di noi tutti i giorni e in momenti di particolare stress trova giovamento nel contatto con la natura, anche solo innaffiando il proprio giardino o

vedendo crescere le proprie piante sul davanzale. Rientra negli obiettivi delle cure palliative, attraverso ogni operatore coinvolto nell'assistenza ed in particolare attraverso il terapeuta occupazionale (operatore sanitario riabilitativo), motivare la persona e favorire le sue inclinazioni, migliorando la consapevolezza di sé e del proprio ruolo, attraverso la scelta e l'impegno in attività piacevoli e personalizzate.

Migliorare la qualità della vita del paziente, obiettivo primario delle cure palliative, significa infatti, non solo gestire problematiche cliniche, ma forse soprattutto consentire al paziente di sentirsi ancora utile ed in grado di scegliere anche nelle ultime fasi della sua vita.

Obiettivo del progetto è creare un programma di HorticulturalTherapy che preveda la strutturazione di attività di giardinaggio e di coltura delle piante rivolto a pazienti e loro famiglie oltre che garantire la fruibilità degli spazi verdi del centro Antea, sviluppando spazi appositamente creati per stimolare le funzioni sensoriali. Il contatto con la natura permette alla persona di uscire dall'isolamento, di prestare attenzione e premura e di instaurare una relazione affettiva adeguata e rassicurante.

Come è dimostrato ciò ha notevoli effetti benefici, tra cui il rilassamento e una riduzione del livello di stress. Le attività legate alla cura del verde:

- stimolano nelle persone sia il senso di responsabilità che la gratificazione legate al "prendersi cura di";
- stimolano le componenti cognitive, potenziano la capacità di memoria a breve e lungo termine, la costruzione di sequenze finalizzate al raggiungimento di un obiettivo tangibile (cura e crescita della pianta);

- favoriscono la condivisione e migliorano la socializzazione con altre persone malate e familiari (su attivazione del terapeuta occupazionale da parte dell'équipe curante, possono partecipare alle attività di terapia orticolturale presso il Centro Antea, anche i pazienti assistiti a domicilio, al fine di evitare l'isolamento che a volte vive il paziente in casa);
- stimolano le funzioni motorie, prassiche-manuali, psico-fisiche, sensoriali e cognitive;
- migliorano il tono dell'umore e la stima di sé.

Il giardino del centro, è stato riprogettato come uno spazio a misura di paziente:

- una "quinta verde" perimetrale, composta da piante aromatiche e da fiore consente ai pazienti di godere del giardino in una situazione di completo relax e privacy.
- un "Orto Seduto", ossia un orto terapeutico, attrezzato con vasche da coltura in metallo montate su pilastri realizzati in cemento, consente ai pazienti in carrozzina di poter lavorare agevolmente. Parallelamente è stato realizzato un orto con vialetti in tufo, percorribili in carrozzina.
- Sono stati piantati alberi da frutto con rami bassi, in modo da permettere al paziente in carrozzina di poter raccogliere agevolmente i frutti.

Grazie a questo attento restauro, il giardino è diventato uno spazio fruibile per tutti i pazienti e familiari, immerso nel verde, che consente loro di vivere la natura anche all'interno di una struttura sanitaria. In seguito, pazienti ed i loro familiari hanno iniziato a svolgere attività di terapia orticolturale sotto la guida di una terapeuta occupazionale esperta.

Le attività prevedono: semina ed irrigazione; supporto nella potatura di alberi da frutto e altre piante; piccola manutenzione degli spazi a

verde (es.: estirpazione delle erbe infestanti nelle aiuole di fiori e verdura); travaso di piante ornamentali; raccolta di ortaggi, frutti e fiori.

## **Risultati attesi**

1. Sistemazione del giardino del Centro Antea, con predisposizione di un “orto seduto” e di un orto dotato di vialetti percorribili in carrozzina. Il giardino del centro, uno spazio di circa 800 metri quadri, è stato riprogettato perché diventasse uno spazio a misura di paziente, con vialetti percorribili a piedi e in carrozzina e dotato di aree dedicate alla socializzazione. Una “quinta verde” perimetrale, composta da piante aromatiche e da fiore, consente ai pazienti di godere del giardino in una situazione di completo relax e privacy. 2. Implementazione attività di terapia orticolturale: tali attività rientrano nelle attività di terapia occupazionale (individuale e di gruppo). Tali attività sono svolte principalmente da marzo a ottobre, per 5 giorni a settimana per 2 ore al giorno. I volontari Antea, parte integrante di quest’attività, supportano il terapeuta occupazionale sia nelle attività terapeutiche, che nella manutenzione degli spazi verdi.

## **Risultati raggiunti (rispetto agli obiettivi previsti dal progetto)**

Grazie al parziale finanziamento da parte della Fondazione Johnson&Johnson, che ha entusiasticamente abbracciato l’iniziativa, è stato possibile effettuare i lavori di sistemazione del giardino, anche grazie al finanziamento di altri donatori privati, che hanno reso possibile la realizzazione dello splendido giardino sopradescritto. Al momento, è in fase di validazione uno strumento di valutazione della soddisfazione dei pazienti coinvolti nelle attività

di terapia orticulturale, tuttavia la quasi totalità dei pazienti riferisce benefici dallo svolgimento di queste attività di cura del verde. Inoltre il progetto, per la sua carica innovativa, è stato ospitato gratuitamente presso il Festival del Verde e del Paesaggio (Auditorium Parco della Musica, Roma, maggio 2013), con uno stand-istallazione evocativo del nostro “orto-seduto” che ci ha consentito di far conoscere ai numerosissimi visitatori il progetto, sensibilizzandoli alla validità di questo tipo di interventi terapeutici.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 18 mesi

**Costi complessivi del progetto:** 30

## **n. 29 - Progetto: Centrale operativa territoriale**

Nome del servizio: UOC Cure Palliative e Governo Clinico

Indirizzo: VIA Rasa, 4

Regione: VENETO Provincia: Vicenza

Comune: Thiene CAP: 36016

Azienda: ASL

Struttura: Distretti

Responsabile Progetto / Esperienza in Atto: Franco Figoli

Email: franco.figoli@ulss4.veneto.it

Data Inizio: 2 gennaio 2009

Data Conclusione Prevista 30 dicembre 2015

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Sì

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** operatori sanitari ed associazioni volontariato

**Area Trattata:** Presa in carico, Relazione, Trasparenza e partecipazione civica

**Categoria di appartenenza:** Assistenza domiciliare, Dimissioni, Disabilità, Medicina del territorio, Medicina di base, Oncologia, Ospedale, Patologie croniche

**Individuo coinvolto:** Anziano, Persona con disabilità, Persona affetta da patologia cronica, Professionisti sanitari

### **Descrizione sintetica del progetto:**

La Centrale Operativa Territoriale come strumento di integrazione fra il Sanitario ed il Sociale. Dal 2009 ad oggi, l'ULSS 4 Alto Vicentino ha sviluppato un programma con l'obiettivo di migliorare la gestione dei malati oncologici e non oncologici non guaribili e candidati alle cure palliative. Il programma prevede:

- a) la promozione della integrazione fra Ospedale e Territorio e fra tutti i soggetti operanti nell'ambito dell'area dell'ULSS 4 AltoVicentino
- b) l'acquisizione e lo sviluppo di una modalità operativa capace di valorizzare l'attività degli operatori impegnati nella presa in carico del malato fragile candidato alle cure palliative, con attenzione ai bisogni del malato, ma anche alle problematiche della famiglia, favorendo l'accompagnamento



del malato nel percorso di malattia. Quest'ultimo punto è di difficile realizzazione nelle organizzazioni sanitarie, e diffusamente carente anche nelle Aziende Sanitarie della nostra Regione, poiché richiede competenze ed esperienze non sempre presenti nel Sistema Sanitario. L'Azienda ULSS 4 Alto Vicentino ha avuto l'opportunità di acquisire le competenze necessarie a sviluppare i processi di accompagnamento del malato, grazie alla collaborazione con Associazioni di Volontariato: OLOSMED onlus, Raggio di Sole, Lega Italiana per la lotta contro i Tumori. La collaborazione con OLOSMED onlus, che aveva precedentemente sviluppato esperienze e competenze coerenti con questo obiettivo, ha permesso di sviluppare il programma denominato "GIOBBE" contribuendo in modo significativo a raggiungere gli obiettivi che l'Azienda si era prefissati, generando un vantaggio significativo sulla organizzazione dei servizi e le performance aziendali, anche grazie all'apporto di operatori e volontari che partecipano a programmi di formazione continua.

Questi risultati, possibili grazie ad una progettualità che si è articolata a partire dall'Ambulatorio di Cure Palliative, ha favorito la presa in carico dei malati e la programmazione per ciascuno dei piani assistenziali; ha contribuito allo sviluppo ed alla realizzazione della Centrale Operativa Territoriale (COT). Inoltre, questo progetto ha consentito di sviluppare oltre alle attività già patrimonio delle Centrali infermieristiche per le cure domiciliari, anche quelle modalità operative che hanno posto le basi per la gestione dei malati con cronicità complessa che rappresentano la sfida più impegnativa per il futuro.

La COT è il luogo ove i responsabili dei vari percorsi, definiscono le modalità che consentano ai percorsi stessi di essere operativi nella Rete dei Servizi. La COT favorisce la presa in carico appropriata per programmi di tutela della salute dei malati, sul territorio o provenienti dall'Ospedale e opera per:

- 1) Aggiornare una mappatura, puntuale e continua dei servizi offerti;
- 2) Ricevere e decodificare il bisogno dell'utente;
- 3) Favorire la presa in carico appropriata nella rete dei servizi del bisogno/problema dell'utente in base ai percorsi assistenziali;
- 4) Favorire la realizzazione nella rete dei servizi delle condizioni per attuare la continuità assistenziale e la multi professionalità.

All'interno della COT abbiamo identificato le seguenti aree di attività: - Dimissioni protette Domiciliarità sanitaria- Domiciliarità sociale- Residenzialità.

La COT è attivata da: Medici di famiglia, Medici ed operatori del Distretto, Medici ed operatori dell'Ospedale, Medici di Continuità assistenziale, Operatori del Sociale dei Comuni, Centri di servizio per la residenzialità extraospedaliera. Nei rapporti con l'Ospedale è di grande rilevanza operativa la funzione delle "dimissioni protette", trasversale per le attività di continuità tra Ospedale e Servizi distrettuali. La COT opera con personale specificatamente formato alla gestione dei percorsi dei malati, ed è uno strumento a disposizione di operatori dell'Ospedale e del Distretto, Medici di Medicina Generale ed utenti. La COT svolge un ruolo di supporto organizzativo ai professionisti ed alle strutture dell'ULSS per rendere più accessibili ed efficaci i servizi agli utenti in Cure Palliative e si

pone come Sportello unico di accesso per le problematiche complesse assistenziali e sociali.

## **Risultati attesi**

L'obiettivo che l'ULSS 4 AltoVicentino sta perseguendo è di mettere a punto un'organizzazione capace di dare risposte ai malati, in base ai bisogni clinico-assistenziali espressi nel corso di malattie croniche, che hanno una lunga durata in termini di storia clinica con prospettiva di cure in assenza di possibilità di guarigione. Emergono infatti crescenti bisogni di cure palliative da parte di malati con malattie neurologiche, neuromuscolari, cardiache, e malati con disturbi cognitivi, BPCO ed altre insufficienze d'organo, caratterizzate da fasi di instabilità, scompenso, complicazioni, ma anche miglioramento, prima di un peggioramento che porta ad una prevedibile ingravescente dipendenza funzionale, con una evoluzione verso il fine vita spesso annunciata da indicatori clinicamente rilevabili. La COT sta dimostrando di garantire specifiche competenze da parte di medici, infermieri, psicologi in tutti gli ambiti assistenziali.

## **Risultati raggiunti**

La COT sta svolgendo un ruolo di indirizzo e supporto al coordinamento e programmazione di tutta l'attività clinica infermieristica ed assistenziale territoriale, attraverso le seguenti attività:

- 1) Accompagnamento della crescita delle attività territoriali;

- 2) Promozione ed attivazione di percorsi assistenziali nell'ambito delle dimissioni protette, della domiciliarità sociale, domiciliarità sanitaria e della residenzialità
- 3) Riconoscimento e supporto dei Responsabili di Percorso con funzioni di Coordinamento, Programmazione e Orientamento tecnico-organizzativo che operano secondo il principio della sussidiarietà orizzontale
- 4) Coinvolgimento attivo dell'Associazionismo del terzo settore.

### **Valutazione dei risultati**

E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? Si**

E' stato proposto come modello regionale nel Veneto (delibera 975 del 18 giugno 2013)

**Durata Progetto / Esperienza in Atto (in mesi): 72**

**Costi complessivi del progetto: € 540.000,00**

**n. 30 - Progetto: Una proposta sostenibile per assistere le persone affette da SLA**

Nome del servizio: Centro di Cure Palliative Fondazione Roma

Indirizzo: VIA Alessandro Poerio, 100

Regione: LAZIO Provincia: Roma

Comune: Roma CAP: 00152

Azienda: Altro Privato accreditato

Struttura: Strutture Socio-Sanitarie

Responsabile Progetto / Esperienza in Atto: Patrizia Ginobbi

Email: p.ginobbi@fondazioneromahospice.it

Data Inizio: 01 Gen 2012 Data Conclusione Prevista: 31 Dec 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Categoria di appartenenza:** Malattie rare

**Individuo coinvolto:** Persona affetta da patologia cronica

### **Descrizione sintetica del progetto**

L'Unità Operativa SLA del Centro di Cure Palliative Fondazione Roma, attiva dall'autunno del 2008, opera secondo modello di assistenza domiciliare con possibilità di ricoveri di sollievo in spazi dedicati ed è integrata in modo efficace nella Rete Locale dei servizi socio-sanitari. In questi anni abbiamo potuto indagare e sperimentare in modo approfondito i bisogni da soddisfare e le criticità alle quali è doveroso offrire risposte. I progetti di cura per i malati ad alta complessità devono infatti essere efficaci, devono ottimizzare le risorse ed essere in grado di rispondere alle necessità concrete, non soltanto con specifica, sporadica, professionalità, ma in modo articolato e con la continuità che è necessaria a quanti non possono, in alcun modo, provvedere a sé stessi. L'impiego di infermieri per l'assistenza di tipo prestazionale rappresenta una risposta assolutamente inadeguata ai bisogni dell'assistito:

l'infermiere infatti, non può così essere integrato con il resto dell'équipe e agisce autonomamente, intervenendo per assicurare soltanto prestazioni di tipo sanitario, che non affrancano la famiglia dall'accudimento del malato. Il progetto sperimentale, attuato in collaborazione con la ASL RMD, coniuga idee, principi, metodi e prospettive per una gestione efficace ed efficiente dell'assistenza alle persone affette da SLA, al fine di ricercare e proporre soluzioni su vari aspetti critici quali la frequente frammentarietà delle esperienze e la sostenibilità economica di una complessità assistenziale così elevata. Nell'ideazione del progetto abbiamo ristrutturato l'assistenza rimodulando gli interventi sanitari a domicilio, mantenendo i ricoveri di sollievo e introducendo elementi di sostegno sociale, al fine di ottimizzare le risorse e creare un coordinamento unitario, che delinea e facilita il percorso del malato e che possa fungere da interlocutore efficace per paziente e familiari. I Distretti sanitari restano di diritto i centri di valutazione dei bisogni assistenziali del malato di SLA e ne definiscono la tipologia d'assistenza. L'équipe multidisciplinare del Centro di Cure Palliative rappresenta il punto di riferimento per il malato e la famiglia; in collaborazione con il Distretto, elabora il piano assistenziale e ne coordina gli interventi, inclusi quelli specialistici. L'instaurarsi di un rapporto empatico con paziente e familiari permette la costruzione di una relazione di cura, che favorisce la corretta comunicazione delle implicazioni derivanti dalle scelte terapeutiche paradigmatiche dei cambiamenti di stadio della malattia (PEG, Tracheostomia) e sostiene il paziente nell'esercizio dei propri diritti, al fine di non subire la volontà di altri su come vivere l'ultima fase della vita (direttive anticipate). Un Assistente familiare formato, fornito dai servizi sociali come sancito dalla determinazione regionale n. B08766 del 12/11/2012, affianca la famiglia per alleviare il carico

assistenziale nelle 24 ore. È previsto un percorso formativo anche per il familiare caregiver al fine di trasferire le competenze per elaborare strategie pratiche ed emotive che supportino l'ingente impegno fisico con il quale egli vicaria le abilità che il malato progressivamente perde e lo sostengano nella mediazione delle volontà del malato man mano che la malattia avanza. È previsto un servizio di consulenza bioetica indispensabile nel fornire utili indicazioni, sia all'équipe assistenziale sia al malato, per dirimere le contraddittorietà che sopraggiungono nell'assecondare le volontà espresse dal paziente a fronte delle implicazioni etico-terapeutiche che comportano. Questa organizzazione, così strutturata, garantisce:

- una regia di coordinamento assistenziale unica (équipe multi-professionale del Centro di Cure Palliative Fondazione Roma);
- una corretta gestione degli interventi specialistici (riduzione del ricorso al pronto soccorso o a interventi d'urgenza);
- un supporto concreto per il caregiver a costo sostenibile per gli enti pubblici (assistente familiare formato come risorsa commisurata alla tipologia di assistenza e non sovradimensionata);
- una reale consapevolezza del malato e della sua famiglia durante tutto il percorso evolutivo della malattia e un'adeguata preparazione emotiva ad affrontarlo;
- la garanzia del rispetto delle volontà espresse dal paziente in coerenza con l'etica professionale degli operatori.

## **Risultati attesi**

La realizzazione del progetto si propone di:

- verificare che il modello assistenziale adottato, valorizzato dalla regia unica del coordinamento assistenziale assicurato dall'équipe multi-professionale del Centro, sia in grado di soddisfare i bisogni del paziente e della sua famiglia;
- offrire un supporto concreto al malato ed alla famiglia, a costo sostenibile, mediante l'impiego dell'Assistente familiare formato, risorsa commisurata alla tipologia di assistenza necessaria;
- prevenire la sindrome del burn-out del familiare caregiver, attraverso la formazione specifica e il sostegno psicologico.

## **Risultati raggiunti**

Il progetto ha già portato i seguenti risultati:

- una più corretta gestione degli interventi specialistici con riduzione del ricorso al pronto soccorso o a interventi d'urgenza;
- il miglioramento della qualità di vita del paziente attraverso il controllo dei sintomi più disturbanti
- un'adeguata informazione del malato e della famiglia, per permettere di effettuare, in piena consapevolezza, le scelte terapeutiche percorribili nelle fasi critiche del percorso di malattia.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto: 36**



**Costi complessivi del progetto:** €600.000,00

**Note:** Costo annuo per l'assistenza a 9 pazienti (3 in ricovero e 6 a domicilio)

**n. 31 - Progetto: LA SALUTE E' NELLE NOSTRE MANI**

Nome del servizio: DIPARTIMENTO DI MEDICINA RIABILITATIVA  
ULSS9 TREVISO

Indirizzo: PIAZZALE OSPEDALE, 1

Regione: VENETO Provincia: Treviso

Comune: Treviso CAP: 31100

Azienda: ASL

Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: PAOLO BOLDRINI

Email: pboldrini@ulss.tv.it

Progetto / Esperienza in Atto: LA SALUTE E' NELLE NOSTRE  
MANI

Data Inizio: 29 Set 2011

Data Conclusione Prevista: 31 Dec 2015

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico

**Categoria di appartenenza:** Assistenza domiciliare

**Individuo coinvolto:** Persona con disabilità

### **Descrizione sintetica del progetto**

La persona con disabilità che fa ritorno a domicilio dopo il trattamento riabilitativo in regime di ricovero ha spesso bisogno di essere assistita da un familiare o caregiver, che deve essere opportunamente addestrato alle più comuni manovre assistenziali, e a stimolare la persona alla maggiore attività ed autonomia possibili. Spesso però tale addestramento è difficile per problemi culturali o linguistici (es, badanti che non conoscono l'italiano). Inoltre, il caregiver può avere necessità di supporto continuativo nel verificare se esegue correttamente le manovre assistenziali. Spesso è difficile fornire tale supporto in modo tempestivo ricorrendo ai servizi di assistenza riabilitativa domiciliare. Nel quadro del progetto LA SALUTE E' NELLE NOSTRE MANI, avviato nel 2011 presso l'azienda ULSS9 dall'allora Direttore Generale Claudio Dario e dal Responsabile Dipartimento Innovazione Dott. Scannapieco, sono stati realizzati dei brevi filmati, visibili attraverso You Tube, in cui si mostra, con l'aiuto di una fisioterapista e di una persona con disabilità, come effettuare alcune semplici manovre di assistenza (trasferire dal letto a carrozzina, aiuto nel fare le scale....). I filmati sono stati realizzati con il supporto del servizio audiovisivo aziendale, hanno una durata di pochi minuti, e sono comprensibili anche senza i dialoghi audio. Sono visibili al pubblico attraverso il portale [www.ulss.tv.it](http://www.ulss.tv.it) (cliccando "guarda i video della salute nelle nostre mani" dalla pagina principale). I filmati del progetto LA SALUTE E' NELLE NOSTRE MANI comprendono anche video didattici su aree diverse dalla riabilitazione, come ad esempio le corrette modalità di assunzione di farmaci, o le corrette posizioni per l'allattamento del neonato

## **Risultati attesi**

Il progetto ha lo scopo di migliorare la capacità di gestione ed autogestione delle problematiche di salute da parte del paziente e dei suoi famigliari/caregiver, attraverso un supporto informativo facilmente accessibile, consultabile indefinitamente e comprensibile anche in presenza di limitazioni culturali o linguistiche. Per quanto riguarda in particolare i video di area riabilitativa, lo scopo è anche di favorire la mobilitazione delle persone con disabilità che si trovano al domicilio, e di mantenerle il più possibile attive.

## **Risultati raggiunti**

La accessibilità dell'informazione veicolata con i video è stata verificata con il conteggio degli accessi degli utenti ai singoli tutorials; nel primo semestre, i tre video di interesse riabilitativo hanno registrato diverse migliaia di accessi. La conferma dell'utilità dei video per la gestione quotidiana è stata anche verificate in modo episodico attraverso il resoconto di pazienti che si sono recati a visite di controllo presso il Dipartimento di Medicina Riabilitativa.

## **Valutazione dei risultati**

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto: 48**

**Costi complessivi del progetto: €2.000,00**

**n. 32 - Progetto: Dona un GESTO di solidarietà "un tappo per la VITA"**

Nome del servizio: SORGENTE Dei Sogni Aps presenta : Dona un GESTO di solidarietà "un tappo per la VITA"

Indirizzo: VIA Malignani, 4

Regione: FRIULI-VENEZIA GIULIA Provincia: Pordenone

Comune: Fontanafredda CAP: 33074

Azienda: Ente no-profit

Struttura: Altro Associazione APS no' profit

Responsabile Progetto : Viviana Cadamuro

Email: presidenza@sorgentedeisogni.it

Data Inizio: 17 Apr 2011

Data Conclusione Prevista: programma stabile

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** INVITO a DONARE, INFORMAZIONE su come e perchè, COINVOLGIMENTO di Cittadini da 0 a 110 ANNI, Istituzioni in ogni loro FORMA RUOLO e tipologia di Aggregazione

**Area Trattata:** Trasparenza e partecipazione civica, Presa in carico, Comfort e processi organizzativi, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Informazioni / Segnalazioni

**Individuo coinvolto:** Tutta la Cittadinanza ( Settore ospedaliero, pazienti e famigliari, scuole, Istituzioni tutte ... OGNI FAMIGLIA )

**Scelte:** Ogni tipologia, perché l'info arriva alle famiglie, attraverso le scuole, i contenitori posizionati sul territorio, gli Strumenti di alta Visibilità come la BOTTIGLIA eco-solidale, la MANO eco-solidale ed iniziative che riproducono IMMAGINI con i tappi.

## **Descrizione sintetica del progetto**

L'obiettivo del progetto è di INFORMARE dell'esistenza del C.R.O. di Aviano, sensibilizzare la pubblica opinione sui temi dell'oncologia, accostar emozioni e pensieri legati al dolore ad immagini allegre come "i tappi colorati". Posizionando contenitori eco-solidali, casetta di legno ecc. si invitano i cittadini a donare i propri GESTI di solidarietà TAPPI "un tappo per la vita". portando attenzione e rispetto anche per l'ambiente. Il progetto vive nelle seguenti strutture : Ospedali, scuole, Uffici Comunali, Provinciali, Regionali, Chiese, Cimiteri, Scuole, Piazze, Luoghi di aggregazione. L'iniziativa raggiunge tutti: cittadini, pazienti e famigliari di ogni età. Il messaggio chiave del progetto è l'importanza del DONARE, coinvolgendo volontari e promuovendo iniziative che testimoniano che la forza dell'aggregazione. INSIEME DIAMO VITA AI SOGNI. La positività, l'allegria, la gioia di DONARE un tappo per la VITA, destina attenzione a chi LOTTA PER LA VITA. Attraverso il progetto è stata attivata una attenzione Virale al senso di donazione e gratuità. Sono stati creati STRUMENTI DI VISIBILITA', iniziative molteplici finalizzate a sensibilizzare alla DONAZIONE dei TAPPI, quali strumenti utili per sostenere anche una Infermiera di ricerca.

## **Risultati attesi**

COINVOLGIMENTO a rete di cittadini di ogni età e forma di aggregazione. CONDIVISIONE del progetto tra COMUNI E REGIONI DIVERSE COLLABORAZIONI collettive a sostegno di progetti SOCIALMENTE UTILI INTERESSAMENTO delle Amministrazioni a 360° perché DONARE un tappo coinvolge tutti gli ASSESSORATI Salute / Ambiente / socialità / Volontariato / economia / innovazione / differenziata / sanità / R E T E

## **Risultati raggiunti**

Risultati raggiunti ? ... oltre ogni aspettativa. La condivisione del progetto in rete ha raggiunto anche la LOMBARDIA che ha presentato l'iniziativa durante l'EXPO' 2015 utilizzando lo strumento "BOTTIGLIA eco-solidale, sensibilizza i cittadini a donare i tappi a favore del C.R.O. Aviano F.V.G." Il progetto è stato sostenuto da diversi network quali, Regioni solidali, Solidarietà in RETE SENZA CONFINI, SENZA SE E SENZA MA) ed ha stimolato la nascita di GRUPPI che ripercorrono le esperienze del F.V.G. creando rete e rafforzandola, partendo dal valore del DONARE UN GESTO.

**Valutazione dei risultati:** E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** Si

PROVINCE DIVERSE : LIDO VE - MARCON TV - GIAVERA D.M. TV. PRAMAGGIORE VE - ROMANS GO - PORDENONE PN – II GNANO UD - PRATA PN - PASIANO PN - BRUGNERA PN - VAZZOLA TV - JESOLO VE - ERACLEA VE - ora anche in LOMBARDIA - ABRUZZO - VERONA ecc

**Durata Progetto:** 40 mesi

**Costi complessivi del progetto:** La fonte principale economica è IL VOLONTARIATO PURO. L'associazione crea rete, promuove incontri e coinvolgimenti a costo 0. I partner sono partner silenziosi che donano materiale / strumenti /ore/professionalità

**n. 33 - Progetto: La rete assistenziale integrata Ospedale-Territorio nella ASL Roma E per l'accesso alle cure palliative e alla Terapia del dolore**

**Nome del servizio:** Distretto 18 ASL RME

**Indirizzo:** VIA Boccea, 271

**Regione:** LAZIO **Provincia:** Roma

**Comune:** Roma **CAP:** 00100

**Azienda:** ASL

**Struttura:** Distretti

**Responsabile Progetto :** Roberti Anna

**Email:** anna.roberti@asl-rme.it

**Data Inizio:** 02 Mag 2012

**Data Conclusione Prevista** 26 Nov 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** AVO

**Area Trattata:** Presa in carico

**Categoria di appartenenza:** Terapia del dolore

**Individuo coinvolto:** Persona affetta da patologia cronica, tutte le persone con dolore oncologico e cronico non oncologico

### **Descrizione sintetica del progetto**

Il dolore rappresenta una delle cause maggiori per il quale il paziente si rivolge al medico di Medicina Generale e se non adeguatamente trattato può provocare disabilità prolungata, problematiche psicologiche, inabilità al lavoro e frequente ricorso a visite e prescrizioni mediche. Con riferimento ai dati di prevalenza, si stima che complessivamente, nella ASL Roma E vi siano 110.000 persone con tale problematica e tra le 1200 e i 2600 persone affette da cancro ogni anno, che necessitano di cure palliative . La rete regionale per il dolore cronico non oncologico si articola in tre livelli di complessità: centri HUB, centri spokes e MMG.

**Criticità:** Nell'organizzazione regionale della rete assistenziale per il dolore cronico non oncologico, nella ASL RM E -nell'ambito della macroarea 4- il presidio ospedaliero S.Spirito, a gestione diretta è stato individuato quale spoke da accreditare. Insistono nel territorio aziendale altri sei spokes no a gestione diretta e per la rete delle cure palliative insistono nel territorio aziendale 2 hospices accreditati dalla R.L. L'hub di riferimento è il Policlinico Tor Vergata. La maggiore criticità era rappresentata dalla gestione del dolore da parte di tutti gli attori in maniera isolata e ancor più dalla mancanza di riferimenti per i MMG che non avevano né conoscenza dell'esistenza degli ambulatori del dolore presenti sul territorio, tanto meno la formazione specifica per gestire il paziente in maniera appropriata. Si trattava pertanto di superare tali criticità, costruendo



una rete integrata per la gestione del dolore e fornire agli MMG gli strumenti adeguati per rispondere ai bisogni dei cittadini, avvalendosi della loro competenza e indirizzarli, ove necessario, al setting assistenziale più appropriato in funzione della complessità.

Descrizione dell'intervento e metodo: anche in base ad ulteriori direttive degli organi istituzionali, (commissioni regionali ad hoc istituite) e delle determinazioni dell' hub di riferimento, la ASL RM E, in coerenza con la propria mission, ha elaborato un progetto volto a costruire la rete assistenziale tra gli attori coinvolti, hub, spokes e MMG e a favorire la conoscenza da parte del cittadino del diritto "a non soffrire" . Dopo la condivisione del progetto con le Direzioni aziendali degli spokes non a gestione diretta e con l'hub di riferimento, il Distretto 18 della ASL RME ha effettuato incontri con gli spokes e con i professionisti, terapisti del dolore, con l'hub di riferimento e i MMG, presentando le criticità, il progetto che si intendeva realizzare, e gli obiettivi che si intendevano perseguire, al fine di costituire una rete di professionisti in grado di comunicare tra loro e di gestire il problema in modo condiviso per rispondere in maniera appropriata ai bisogni di salute dei cittadini. Strutture e risorse umane interne ed esterne coinvolte: Le strutture e le risorse coinvolte sono state i dirigenti dei distretti e gli spokes presenti nel territorio, ovvero il Presidio S.Spirito a gestione diretta, il Policlinico Gemelli, il S. Filippo Neri, il Cristo Re, l'IDI- S. Carlo di Nancy, il S. Andrea, e il FBF- S.Pietro, con tutti i professionisti terapisti del dolore, l'hub di riferimento, Policlinico Tor Vergata, con il Responsabile , gli Hospices, i MMG e L'A.V.O.

## **Schema del processo organizzativo Il percorso si può così sintetizzare:**

- costituzione del Comitato Ospedale -Territorio senza dolore
- incontri da parte del referente aziendale del progetto con gli attori della rete: MMG, spokes, Hub di riferimento e hospices;
- istituzione di un tavolo di lavoro congiunto con confronto sulla tematica e ricerca di strumenti condivisi per la costituzione della rete
- elaborazione e attuazione di un progetto formativo per i MMG
- elaborazione di uno strumento cartaceo per rendere efficace la comunicazione tra MMG e spokes
- evento aziendale rivolto a tutti gli attori della rete e alle associazioni di volontariato con comunicazione dei risultati
- comunicazione ai cittadini della costituzione della rete e diffusione di una brochure tramite i Punti Unici di Accesso distrettuali, il Punto di accoglienza dell'ospedale S. Spirito, la pubblicazione sul sito internet aziendale -sezione "Area cittadini".

Riferimenti normativi : legge 38/10, Decreti del Commissario ad acta della Regione Lazio 83 /10, 84/10, 115/2010, 117/2011, 15/2013, Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010

### **Risultati attesi**

Garantire ai cittadini il diritto a non soffrire mediante:

- Conoscenza dei loro diritti

- favorire la conoscenza da parte dei MMG delle strutture sanitarie presenti sul territorio, hospices e ambulatori del dolore, e delle modalità di accesso alle stesse
- Messa in rete di tutti gli ambulatori del dolore insistenti sul territorio
- Formazione dei MMG per l'appropriato trattamento del dolore di base
- Appropriato invio dei pazienti da parte dei MMG agli ambulatori del dolore, anche in considerazione della tipologia di dolore trattato

### **Risultati raggiunti**

- costituzione della rete degli ambulatori del dolore
- formazione MMG sulla tipologia del dolore, sull'appropriato trattamento e sull'appropriato invio agli ambulatori del dolore
- creazione di uno strumento (brochure) per favorire la conoscenza delle strutture insistenti sul territorio e la comunicazione con le stesse
- rendere il cittadino competente sui propri diritti mediante la distribuzione dello stesso strumento informativo presso i PUA e presso lo sportello di accoglienza dell'Ospedale S.Spirito e pubblicazione sul portale aziendale alla sezione area cittadini

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? No**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto:**30

**Costi complessivi del progetto:** € 1.200

**Note:** Si sta programmando l'ulteriore percorso formativo per i MMG al fine di incrementare la prescrizione di oppiacei, da parte degli stessi, indicatore indiretto del recepimento della legge 38/10 (monitoraggio prescrizioni)

**n. 34 - Progetto: Appropriatezza prescrittiva e autorizzativa dei materiali di medicazione e dei presidi medici per pazienti con patologie croniche**

Nome del servizio: U.O. Cure primarie Distretto Est - Alta Valsugana

Indirizzo: VIA S. Pietro , n. 2

Regione: TRENTINO Provincia: Trento

Comune: Pergine Valsugana CAP: 38057

Azienda: ASL

Struttura: Distretti

Responsabile Progetto: Giovanna Corona

Email: giovanna.corona@apss.tn.it

Data Inizio: 01 Gen 2013

Data Conclusione Prevista: 31 Dec 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Accesso ai servizi / trasparenza, Assistenza domiciliare, Assistenza protesica ed integrativa, Patologie croniche, Medicina di base

**Individuo coinvolto:** Persona con disabilità, Anziano, Persona affetta da patologia cronica, Professionisti sanitari, Professionisti sanitari

### **Descrizione sintetica del progetto**

All'interno di questa sezione dovranno essere presenti le seguenti informazioni: criticità che si intendeva risolvere, descrizione dell'intervento realizzato, metodo utilizzato, strutture e risorse umane interne ed esterne coinvolte, innovazione/i apportata/e, schema del processo organizzativo sottostante la realizzazione del progetto ed eventuali normative di riferimento utilizzate per la predisposizione e/o l'attuazione del progetto.

L'iniziativa è stata promossa dall'UO Cure Primarie del Distretto Est - Ambito Alta Valsugana e ha coinvolto tutti i venti infermieri del servizio infermieristico domiciliare, l'Ufficio Autorizzazioni Presidi e i quaranta medici di medicina generale del nostro ambito territoriale. L'idea di questo progetto nasce dall'aver spesso rilevato a livello delle impegnative mediche inerenti il materiale di medicazione e i presidi medici per pazienti affetti da patologie croniche, curabili a domicilio: - un elevato quantitativo di materiali, - una durata spesso eccessiva del trattamento, - una non esatta/assente diagnosi correlata alla richiesta. Quindi, è stata fatta da parte dagli infermieri un'accurata ricognizione dei materiali di medicazione e dei presidi medici presenti al domicilio dei pazienti in carico al servizio infermieristico domiciliare ed è stato stimato il loro effettivo utilizzo/necessità. La ricognizione domiciliare ha confermato quanto

già emerso in sede di valutazione distrettuale delle impegnative mediche, ovvero la presenza di materiale di medicazione e/o presidi medici spesso non utilizzati/eccedenti, con conseguente aumento della spesa per l'assistenza integrativa. Quindi, per ovviare a questo, è stata elaborata un'apposita scheda/checklist per il materiale di medicazione e i dispositivi medici, ad uso degli infermieri delle cure domiciliari, riportante le indicazioni della prestazione 18 del Manuale per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza indiretta ed aggiuntiva del SSP anno 2013 (prestazioni sanitarie aggiuntive ai Livelli Essenziali di Assistenza della Provincia Autonoma di Trento). L'utilizzo di tale scheda per i pazienti seguiti al domicilio (e per alcuni "nuovi", non seguiti dal servizio infermieristico domiciliare, ma che precedentemente si autogestivano) è stato assegnato a tutti gli infermieri come Progetto Obiettivo per l'anno 2013. La scheda compilata dall'infermiere veniva, naturalmente, poi condivisa con il MMG che così poteva prescrivere il materiale di medicazione e/o i dispositivi medici effettivamente necessari al paziente.

### **Risultati attesi**

L'obiettivo del progetto era di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, razionalizzare le spese per la fornitura dei materiali di medicazione e dei presidi medici e promuovere il coinvolgimento attivo dei cittadini (pazienti/famigliari) nel processo di autocura e nel corretto utilizzo dei materiali erogati dal SSP.

### **Risultati raggiunti**

L'introduzione di questa modalità operativa ha consentito: - di ottenere una riduzione della spesa per l'assistenza integrativa per l'anno 2013 del 7,1% rispetto all'anno precedente, ovvero con un

risparmio netto di circa € 11.500; trend spesa su quattro anni: 2010: € 160.120,00; 2011: € 161.522,00; 2012: € 161.302,00; 2013: € 149.887,00, - di conoscere e prendere in carico alcuni pazienti che precedentemente si autogestivano pur necessitando invece di una gestione infermieristica domiciliare a causa della complessità delle condizioni cliniche, - una migliore appropriatezza prescrittiva dei materiali/presidi medici e una più corretta indicazione della diagnosi correlata, - un ulteriore momento di integrazione tra MMG e infermiere e uno snellimento del processo prescrittivo per il MMG, - una migliore “educazione” del paziente/famigliari su una corretta e sostenibile richiesta dei materiali/presidi medici e sulla gestione della patologia.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?Si**

Si, grazie ai buoni risultati raggiunti il progetto è stato introdotto nel corso del 2014 anche negli quattro ambiti territoriali del nostro distretto.

**Durata Progetto: 12**

**Costi complessivi del progetto: 0**

**n. 35 - Progetto: Gruppo di Miglioramento Continuo della Qualità del Servizio di Salute Mentale di Trento: il nuovo corso**

Nome del servizio: Servizio di salute mentale di Trento

Indirizzo: VIA San Giovanni Bosco, 10

Regione: TRENINO Provincia: Trento

Comune: Trento CAP: 38122

Azienda: ASL

Struttura: Dipartimento Salute Mentale

Responsabile Progetto: De Stefani Renzo

Email: renzo.destefani@apss.tn.it

Data Inizio: 02 Mag 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Comfort e processi organizzativi, Presa in carico, Trasparenza e partecipazione civica, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Accesso ai servizi / trasparenza, Condizione delle strutture sanitarie, Comportamenti, Informazioni / Segnalazioni, Partecipazione, Salute mentale

**Individuo coinvolto:** Persona con sofferenza mentale, Professionisti sanitari, Familiari di utenti del Servizio di Salute mentale



## Descrizione sintetica del progetto

All'interno del Servizio di Salute Mentale di Trento (SSMT) il percorso del Gruppo di Miglioramento Continuo della Qualità (GMCQ), nato nel 2008 è composto da tutte le voci interessate dalla malattia mentale: medici, operatori, utenti e familiari esperti (UFE). Il progetto si è arricchito nell'ultimo anno della presenza di alcuni familiari doppiamente esperti che ne hanno mutato non soltanto la fisionomia ma anche il *modus operandi*. La loro conoscenza diretta della malattia mentale oltre ad un know-how professionale di tipo "qualitologico" ha avuto il merito di "contaminare" il Servizio sia in riferimento all'efficacia ed efficienza del processo produttivo che alla sua capacità di rispondere e soddisfare le esigenze e le aspettative dei beneficiari del Servizio. La buona pratica si realizza grazie alla possibilità offerta dal SSMT di inserire all'interno del GMCQ la particolare figura del familiare "qualitologo" volontario, il cui apporto ha prodotto sin da subito un riposizionamento del baricentro d'azione del Gruppo, tramutandoli da un'attività di indagine basata su questionari standard (modalità di lavoro fino al 2012) in un'attività molto più rispondente alla soddisfazione delle richieste e dei bisogni dell'utenza, restituendo in questo modo maggior attenzione alla persona ed al suo ascolto e convogliando la propria azione verso un'attività più orientata all'individuazione delle aree di criticità del Servizio. Questo con lo scopo di costruire percorsi migliorativi che abbiano ricadute pratiche sull'utenza ben più evidenti ed immediate. Il GMCQ nel suo nuovo corso ha adottato come metodo di lavoro il modello dei gap qualitativi assunto a guida e riferimento principale per le azioni di miglioramento avviate. Nel concreto sono state impostate azioni volte ad incentivare la raccolta di suggerimenti, reclami e segnalazioni sia da parte di chi ha sperimentato concretamente il

servizio erogato (utenti e familiari) sia da parte di chi lo eroga (medici, operatori, UFE) al fine di limitare il gap di soddisfazione (o gap di servizio) tra qualità attesa e qualità percepita dall'utenza. E' stato per questo creato un file condiviso di raccolta delle criticità per elaborare le informazioni ricevute, formulare le risposte da dare all'utenza, progettare le conseguenti azioni di miglioramento. Tale procedura ha permesso di ridurre notevolmente anche il gap di comprensione tra la qualità attesa dall'utenza e quella progettata dal servizio: gli apporti ricevuti hanno portato alla creazione di un'unica banca dati telefonica, a porre una maggior attenzione alla continuità del servizio di somministrazione terapie, ad investire su un'accoglienza più funzionale (arredi, atmosfera, servizi), ad intensificare il coordinamento tra uffici ed aree al fine di limitare i disservizi allocando al meglio le risorse disponibili.

Dal nuovo corso del GMCQ è nata inoltre l'idea di organizzare percorsi di formazione e di indire alcune riunioni di Servizio molto partecipate, in entrambi i casi allo scopo di abbattere il gap di realizzazione tra qualità progettata dal servizio e qualità erogata dagli operatori (punti di contatto). E' stata attribuita infine molta importanza alla comunicazione, attraverso la pubblicazione di dati statistici sul servizio (operazione trasparenza). Il nuovo corso del GMCQ può rappresentare un buon esempio di come la gestione della qualità nei servizi sanitari necessiti di competenze specifiche che permettano di sviluppare conoscenze e capacità sulle metodologie e sugli strumenti di valutazione, non essendo più sufficiente la sola buona volontà dell'operatore sanitario. L'esperienza qui descritta, esportabile specie ai Servizi che trattano disagi protratti nel tempo, vuole valorizzare in particolare il sapere esperienziale e le competenze qualitologiche di utenti e familiari per mettere il più possibile l'utente al centro del percorso di cura

rendendolo al tempo stesso produttore e fruitore attivo di qualità. Le azioni di miglioramento intraprese dal GMCQ, fatte di modelli partecipativi impostati su uno scambio di informazioni con i beneficiari del Servizio e focalizzate sulla soddisfazione dell'utenza e sull'esame delle relative aspettative, cercano di rispondere nel miglior modo a quell'esigenza di umanizzazione delle cure che vuole "rimettere gli uomini e le donne al centro del sistema" rendendoli protagonisti anche dal lato della progettazione stessa della qualità del Servizio.

### **Risultati attesi**

Il GMCQ si è posto come obiettivi quelli di: Migliorare l'efficacia e l'efficienza del Servizio; Soddisfare le esigenze e le aspettative dell'utenza; Diffondere all'interno dell'azienda la cultura del miglioramento continuo della qualità; Promuovere nuove e stimolanti modalità di relazioni (pubblico/privato). Il valore unificante degli obiettivi suesposti è sicuramente la centralità assunta dal paziente, attorno al quale deve saper organizzarsi il servizio al fine di soddisfarne i bisogni. Ci si attende che: l'attività di progettazione della qualità, plasmata sull'esperienza dell'utente, consenta di avvicinare l'utenza al Servizio favorendone la presa in carico e rimuovendo le possibili cause di mancata relazione; la composizione multi-disciplinare/esperienziale del GMCQ accresca la condivisione delle soluzioni elaborate minimizzando la variabilità qualitativa nell'erogazione del servizio; operatori più motivati e consapevoli e prestazioni più rispondenti a criteri di qualità ed efficienza

## **Risultati raggiunti**

La co-produzione di azioni di miglioramento effettuata dal GMCQ grazie all'integrazione dei saperi di operatori, utenti e familiari esperti ha prodotto in circa 6 mesi di attività i seguenti risultati: Processate 40 segnalazioni di criticità: 26 sono state implementate nel sistema; impartite direttive sulla comunicazione via mail medico/paziente; Messa in sicurezza dei recapiti telefonici personali e delle figure di riferimento riguardanti 690 utenti alti utilizzatori (in cartella clinica e SIT); riunione di Servizio con 75 partecipanti e 9 testimonianze di utenti, familiari, volontari sul tema Fiducia e Speranza; attivato uno spazio "Fiducia e Speranza" presieduto da UFE per 20 ore/settimana; 3 corsi di aggiornamento per UFE (27) ed affinamento procedure; 2 eventi informativi sulla legislazione ASO/TSO e dati statistici 2008-2013 per un totale di 90 professionisti e 15 utenti e familiari coinvolti; affissione al CSM ed in reparto di 13 grafici con i dati rilevanti del Servizio

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto:13**

**Costi complessivi del progetto: 0**

**n. 36 -Progetto: Percorso di donazione dei Tessuti Corneali in unsetting di Cure Palliative**

Nome del servizio: Antea Associazione Onlus

Indirizzo: PIAZZA Santa Maria della Pietà, 5 - padiglione XXII

Regione: LAZIO Provincia: Roma

Comune: Roma CAP: 00135

Azienda: Ente no-profit

Struttura: Hospice

Responsabile Progetto: Giuseppe Casale Telefono

Email: g.casale@antea.net

Data Inizio: 01 Ago 2012

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico, Relazione

**Categoria di appartenenza:** Cure palliative

**Individuo coinvolto:** Pazienti adulti in fase terminale di malattia assistiti in hospice

## Descrizione sintetica del progetto

Le persone affette da patologie in fase avanzata hanno la possibilità di donare a scopo di trapianto i tessuti corneali. La donazione delle cornee all'interno delle Unità Operative di Cure Palliative (UOCP) non è però una pratica diffusa, nonostante la grande quantità di potenziali donatori e che la deontologia professionale di medici e infermieri dichiara espressamente l'impegno dei professionisti a realizzare donazioni e trapianti. Uno studio australiano (2010) ha evidenziato che solo il 2,5% delle persone che muoiono all'interno delle unità di cure palliative donano i Tessuti Corneali. In un altro studio (2012) che solo nel 15% delle persone decedute prese in considerazione si sono riscontrate chiare controindicazioni mentre il 52% erano prive di controindicazioni. Un altro studio tedesco quantifica nel 33% delle persone ricoverate all'interno delle unità di cure palliative come potenziali donatori. Per quanto attiene alla realtà italiana, le motivazioni di ciò vanno ricercate nel recente sviluppo delle Cure Palliative, al quale va aggiunta la diffusa difficoltà che i professionisti e le persone comuni incontrano nell'affrontare l'argomento della donazione degli organi e dei tessuti. Esistono infatti in Italia, ancora poche strutture hospice che hanno inserito nel loro percorso di cure la possibilità della donazione dei tessuti corneali, di cui Antea è l'unica nel Lazio. La legge prevede per la donazione dei tessuti corneali il consenso da parte dei parenti dopo il decesso del donatore. Questo mette i parenti nella condizione di decidere su aspetti personali, legati alla volontà di una persona che non c'è più, con tutte le implicazioni di natura etica del caso. In questo contesto, è facile comprendere come la non conoscenza della volontà del defunto sia una delle motivazioni più frequenti alla base delle opposizioni alla donazione. Obiettivi principali del progetto di Antea sono:

1. implementare un percorso finalizzato alla donazione dei Tessuti Corneali in un setting di Cure Palliative;
2. stimolare la riflessione sulla donazione dei tessuti, quando ancora il pz è in vita in modo che possa esprimere il proprio volere e dividerlo coi propri cari.
3. facilitare l'elaborazione del lutto, grazie agli aspetti gratificanti della donazione. In una prima fase del progetto è stata stipulata una convenzione con il Coordinamento Locale Donazione e Trapianti dell'A.O. San Filippo Neri ed è stata avviata parallelamente una collaborazione con il Centro Regionale Trapianti e con la Banca degli Occhi. Da questa collaborazione è scaturito un protocollo operativo che ha conciliato da un lato le esigenze di sicurezza e rigore nei confronti dei riceventi e dall'altro, i tempi e le modalità di comunicazione proprie di un setting di cure palliative. Inoltre, si è provveduto alla formazione clinica, etica ed esperienziale finalizzata a sensibilizzare il personale Antea, sanitario e non. I professionisti hanno così potuto acquisire competenze per la gestione delle procedure cliniche, delle implicazioni etiche della donazione, delle dinamiche relazionali per condurre i colloqui. In seguito è stata avviata la fase operativa, sulla base del protocollo condiviso e della relativa modulistica, sulla base del principio che la proposta viene effettuata in momenti diversi in base al giudizio dell'equipe curante. Infatti le persone, sia che conoscano o meno la loro prognosi, raramente hanno un'idea concreta di quello che sarà la loro storia clinica: la comunicazione delle notizie difficili richiede comunque prudenza (per essere attenti alle reazioni delle persone), tempo (per consentire alle notizie difficili di essere elaborate), gradualità (per poter consegnare alle persone solo i "pesi" che sono in grado di portare).

## **Risultati attesi**

1. Realizzazione di un sistema informativo e di un protocollo operativo che consentano di rispettare i criteri della selezione del donatore, di accertamento del decesso, della qualità del tessuto corneale e di sicurezza del ricevente insieme al rispetto per l'autonomia della persona, del suo corpo prima e dopo il decesso e dell'elaborazione del lutto dei suoi cari
2. Formazione clinica, etica ed esperienziale finalizzata a sensibilizzare il personale Antea, sanitario e non. I professionisti acquisiranno competenze per la gestione delle procedure cliniche, delle implicazioni etiche della donazione, delle dinamiche relazionali per condurre i colloqui.
3. Sensibilizzare attraverso l'informazione, le persone ospiti dell'Hospice Antea e i loro familiari; verrà ideato e distribuito materiale informativo.
4. Attuazione del protocollo.
5. Valutazione di impatto del progetto.
6. Diffusione dei risultati dell'implementazione del progetto tramite pubblicazioni su riviste di settore.

## **Risultati raggiunti**

Nel periodo di osservazione compreso tra agosto 2012 (inizio della fase operativa del progetto) e settembre 2013 sono stati effettuati 19 colloqui ed individuati 14 donatori potenziali (su una ricettività di 400 pazienti all'anno), da cui sono scaturite 5 opposizioni e 9 consensi alla donazione. Al momento non è stata ancora avviato il



sistema di valutazione previsto dal progetto e la campagna di comunicazione da svolgere verso gli utenti. Tuttavia, durante i colloqui abbiamo riscontrato come nelle famiglie dei pazienti che avevano già condiviso un parere a riguardo della donazione, la proposta viene accolta favorevolmente e nelle ore successive al decesso, spesso gli stessi parenti tornano a ringraziare l'équipe per l'opportunità che gli è stata offerta. Il progetto potrà essere esteso in seguito ad altre strutture di cure palliative nella regione Lazio, ma anche a livello nazionale ed europeo.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**n.37 - Progetto:** Progetto Codice Argento

Nome del servizio: Azienda ULSS 12 Veneziana

Indirizzo: VIA Don Tosatto, 147

Regione: VENETO Provincia: Venezia

Comune: Venezia CAP: 30172

Telefono: 0419657661

Azienda: ASL

Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: Dott. Giulio Belvederi

Email: giulio.belvederi@ulss12.ve.it

Data Inizio: 01 Lug 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** presa in carico, Comfort e processi organizzativi

**Categoria di appartenenza:** Disabilità, Lungodegenze, Pronto soccorso, RSA-Residenze sanitarie assistite

**Individuo coinvolto:** anziano, Persona con disabilità

### **Descrizione sintetica del progetto**

L'aumento della popolazione anziana e la polipatologia che la contraddistingue sono condizioni che da sole giustificano i frequenti accessi al Pronto Soccorso; bisogna inoltre tenere presente, oltre alla complessità e comorbilità, le minori capacità funzionali e cognitive, nonché le maggiori problematiche socio-familiari, che insieme contribuiscono a definire la "fragilità", condizione che esprime il rischio di perdita dell'autonomia nell'età avanzata. Da qui la necessità di riconoscere tale situazione al fine di attuare tutte le azioni volte a prevenire la rottura di un equilibrio altamente instabile. Uno dei momenti critici è proprio il ricorso al P.S., ambiente affollato, scomodo, che può essere riconosciuto ostile ed in cui una lunga permanenza può aggravare tale instabilità. La risposta può essere l'istituzione del Codice Argento, rivolto agli ultrasettantacinquenni con particolari requisiti, consistente in una presa in carico più rapida e sicura. Il Codice Argento si realizza attraverso l'istituzione di un fast track geriatrico da P.S., per una presa in carico dell'anziano fragile, con le modalità descritte successivamente. Al tempo stesso è auspicabile una riduzione dell'attesa per i codici verdi e bianchi. L'infermiere triagista effettua

il triage ed esclude i pazienti contraddistinti da codice rosso e giallo, che avranno accesso diretto in area rossa. I pazienti ultrasettantacinquenni con codici verdi e bianchi con problematiche che non siano comunque minori e immediatamente risolvibili (traumi minori, fast-track verso altri ambulatori o richieste di visite specialistiche da parte del m. curante, ecc.) vengono a loro volta valutati dall'infermiere di Triage assegnando un punteggio come da tabella allegata, comprendente età, sesso, stato civile, precedenti ricoveri in particolare per malattie respiratorie, neoplasie e altre patologie, n. di farmaci assunti quotidianamente; se lo score arriva a 11+, si è di fronte ad un ultra75enne a maggior rischio. Altre condizioni da tenere presente sono: difficoltà ad alimentarsi, difficoltà deambulare con cadute ripetute a domicilio, turbe cognitive di recente insorgenza o in peggioramento turbe comportamentali. A questo punto l'anziano rientra nel "codice Argento" ed è inserito dal triagista nel gruppo percorsi brevi, fast track geriatrico; tramite un O.S.S. disponibile viene inviato in Geriatria per la valutazione multidimensionale da parte dello specialista. Se l'esito è il ricovero ospedaliero e vi è disponibilità di posti letto in Geriatria, si procede in tal senso, comunicando al P.S. che concluderà l'iter, altrimenti si dovrà procedere al ricovero in appoggio in altre UU.OO. o presso gli ospedali accreditati a cura del P.S.

## **Risultati attesi**

Creazione di un percorso facilitato che consenta di ridurre i tempi di attesa che intercorrono tra l'arrivo in P.S. dell'anziano e la decisione che la situazione globale richiede, evitando peraltro di sostare in un ambiente poco idoneo alla propria condizione.

## Risultati raggiunti

Al momento attuale, dopo 4 gg. dalla partenza del progetto, abbiamo registrato la presa in carico rapida di 3-4 anziani fragili al giorno.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto: 12**

**n. 38 - Progetto: La Riabilitazione basata sulla comunità, un' idea per il futuro.**

Nome del servizio: Comune di Bertinoro /SIMFER

Indirizzo: PIAZZA della libertà, 1

Regione: EMILIA-ROMAGNA Provincia: Forlì

Comune: Bertinoro CAP: 47032

Azienda: Ente no-profit

Struttura: Altro Comune

Responsabile Progetto : Germano Pestelli

Email: germanopestelleri@gmail.com

Data Inizio: 30 Ago 2013

Data Conclusione Prevista 30 Ago 2015

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?**      Sì

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** Attività territoriale di riabilitazione con coinvolgimento di associazioni del volontariato ,del Comune di Bertinoro e della Società Italiana di Riabilitazione (SIMFER)

**Area Trattata:** comfort e processi organizzativi, Presa in carico, Relazione

**Categoria di appartenenza:** comportamenti, Partecipazione, Riabilitazione

**Individuo coinvolto:** persona con disabilità, Persona affetta da patologia cronica, Professionisti sanitari

### **Descrizione sintetica del progetto**

Nei momenti di crisi la diminuzione del welfare è cosa ormai definita attraverso decine di statistiche che leggiamo ogni giorno, maggiormente questo avviene per la gestione territoriale dei percorsi di persone anziane, disabili ed affette da menomazioni secondarie a patologie croniche o post acute. In queste persone, anche a causa della variazione degli assetti famigliari, spesso manca la possibilità di eseguire percorsi di presa in carico atti al miglioramento della qualità di vita attraverso il miglioramento delle funzioni di moto e la relativa partecipazione al tessuto sociale di appartenenza. Questo è ancora più evidente in due contesti opposti ovvero nelle grandi città e/o nei paesi con difficoltà di comunicazioni. Meno sentito nelle città medio piccole dove le relazioni sono più facili. La criticità che si voleva risolvere è una alla base, il miglioramento della partecipazione ad una qualità di vita soddisfacente, su due diverse

tipologie di persone disabili in fase post acuta dimessi in "fretta" dalla degenza ospedaliera e disabili da patologie croniche o cronicizzanti che, per qualsiasi motivo, non possano accedere alle cure opportune. Il progetto si rivolge in modo particolare alle fasce di popolazione meno abbiente o socialmente penalizzata.

Descrizione Intervento: la riabilitazione sviluppata nella comunità è sorta su indicazione OMS nel 1994, attiva nei Paesi a basse risorse in modo piuttosto efficace è stata snobbata in molti altri Paesi anche se nel Regno Unito e in Scandinavia oltre che in Canada ha un discreto sviluppo. In pratica la Riabilitazione Comunitaria sviluppa il suo essere all'interno della comunità di appartenenza della persona bisognosa premettendo la formazione in volontari di competenze di base, ma specifiche, per la gestione delle funzioni motorie più semplici della persona anziana o disabile. Metodo utilizzato: si è pensato di attivare la prima esperienza di Riabilitazione comunitaria nel territorio italiano nel comune di Bertinoro (FC) e specificamente nella frazione di Santa Maria Nuova ,circa 1500 abitanti. Le ragioni: l'identità di vedute sui bisogni da parte del responsabile del progetto e del sindaco del comune, la presenza sul territorio locale di una associazione che metteva a disposizione logistica e risorse, non ultima l'adesione di tutte le componenti sociali, comitato di frazione, parrocchia, associazioni etc al progetto. Si è proceduto anche in base ad esperienze maturate dal responsabile del progetto in altri paesi del Mondo ovvero con la formazione da parte di personale sanitario competente, un medico specialista in riabilitazione ed un fisioterapista, di volontari selezionati e motivati. Tale periodo formativo è durato da aprile ad agosto del 2013 con una media di un incontro di 2 ore settimanali ed ha portato alla formazione di 12 volontari numero ritenuto opportuno per una buona partenza del

progetto. Strutture e risorse Umane: la struttura della Associazione Ricci Matteucci di Santa Maria Nuova, 12 volontari, un medico ed un fisioterapista formatori e responsabili del progetto. Innovazione apportate: la possibilità di far effettuare attività riattivativa e riabilitativa a persone che altrimenti erano impossibilitate a farla. Il tutto a costo zero per le persone e per il SSN. Schema del processo organizzativo: fase della formazione con lezioni interattive per una/due sere a settimana nei mesi da aprile ad agosto/settembre 2013, disponibilità gratuita del medico specialista in riabilitazione ad effettuare visite domiciliari alla persone segnalate dal contesto comunitario, disponibilità gratuita del fisioterapista a sovrintendere ed indirizzare il lavoro pratico del volontari. Partecipazione della comunità alla diffusione dell'informazione sul progetto. Convolgimento dei servizi sociali locali e dei medici di medicina generale. Normative di riferimento: labili, molto labili in Italia dove esiste una delibera ministeriale del 2011 che enuncia la Riabilitazione basata sulla comunità, ma non la norma rimandando ai documenti del W.H.O/Oms. Il WHO ha un documento specifico al riguardo datato 1994 e successivamente modificato nel 2002 e 2012, ed ha recentemente incaricato la Società internazionale di riabilitazione (ISPRM) di attuare prassi di diffusione in tutto il Mondo della CBR ritenendola un modo semplice ed efficace di portare riabilitazione alle persone che comunque non riescono ad averla, vuoi per inefficienze del sistema, vuoi per povertà. La CBR è a costo zero per i sistemi sanitari.

## **Risultati attesi**

Una maggiore diffusione del concetto di riattivazione, riabilitazione, movimento terapeutico e preventivo sia nella popolazione ma soprattutto nei governi e nella sanità pubblica e privata che

gestiscono il settore. Una maggiore partecipazione della base del volontariato sia quello di tipo personale che quello organizzato in associazioni tipo la Protezione Civile o la Croce Rossa o Verde o Azzurra o altre associazioni a metà tra il volontariato sociale e l'attività preventiva attraverso il movimento. Una maggiore

comprensione da parte delle strutture pubbliche (ovvero il SSN ed i gestori al suo interno delle direttive sulla riabilitazione ) che la CBR non porta via lavoro e persone disabili a nessuno ma aiuta tutto il sistema a ridare maggiore partecipazione ad anziani e disabili o a chi è affetto da limitazione delle funzioni da patologia cronica. Ridare partecipazione ad una vita attiva a coloro che partecipano al progetto. Rendere la Comunità partecipe del welfare comunitario.

### **Risultati raggiunti**

In questi primi mesi di attuazione si sono prese in carico 15 persone avviandole, con l'aiuto insostituibile della famiglia, ad una diversa gestione della propria partecipazione alla vita sociale aiutandole a migliorare le funzioni motorie ed invogliandole ad uscire di casa. Si è attivato all'interno della comunità l'idea che in molti possano essere utili, in modo semplice e pratico, a coloro che hanno bisogno. Abbiamo insegnato ai caregivers le attività di base per aiutare al miglioramento motorio le persone disabili , affinché l'attività riattivativa/riabilitativa possa essere fatta quotidianamente nel contesto domestico.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?No**

**Durata Progetto: 12 mesi**



**Costi complessivi del progetto:** 0

**n. 39 - Progetto: Simultaneamente**

Nome del servizio: U.O. Cure palliative multizonale - U.O. Cure Primarie - U.O. Oncologia medica Trento- U.O Psicologia clinica 1

Indirizzo: VIALE Verona, 190/5

Regione: TRENINO Provincia: Trento

Comune: Trento CAP: 38123

Azienda: Altro APSS

Struttura: Distretti

Responsabile Progetto: Bresciani Federica

Email: federica.bresciani@apss.tn.it

Data Inizio: 04 Nov 2013

Data Conclusione Prevista 31 Dec 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico

**Categoria di appartenenza:** Oncologia

**Individuo coinvolto:** persona affetta da patologia cronica

**Descrizione sintetica del progetto**

Autori: Helmut Menestrina, Gladys Fedrizzi, Federica Bresciani U.O. Cure Primarie Distretto Centro Nord; Carlo Abati U.O. Multizonale Cure Palliative; Francesco Valduga, Federica Rosa, Daniela Zanolli U.O. Oncologia Medica Trento; Renata Ressa U.O. Psicologia clinica.

obiettivo: Migliorare l'integrazione fra U.O. Oncologia Medica e l'U.O. Multizonale di cure palliative al fine di facilitare la presa in carico dei pazienti, anche in una fase precoce rispetto all'evoluzione di malattia in modo da rendere più naturale il passaggio dalla terapia attiva alla terapia palliativa, condividendo gli obiettivi della presa in carico in una logica di continuità delle cure ospedale/territorio. Si parla in tal senso di cure simultanee ovvero cure oncologiche più cure palliative. In letteratura viene segnalato il miglioramento della qualità di vita generato da un'attivazione precoce delle cure palliative anche per pazienti ancora in terapia attiva. In seguito all'utilizzo della nuova scheda di segnalazione da parte dell'oncologia medica, afferiscono alla rete di cure palliative sempre più pazienti in fase precoce di malattia, ovvero che stanno ancora seguendo un trattamento attivo. Metodi: Fino ad ora previsti incontri parzialmente strutturati o su richiesta, per condivisione dei pazienti in carico ad entrambi i servizi. Attualmente: condivisione strutturata della presa in carico dei pazienti: Strumenti utilizzati: - scheda di segnalazione (condivisione criteri di eleggibilità) - presenza medico palliativista 1 giorno settimana in oncologia reparto ed 1 in DH - visite congiunte palliativista e oncologo in dh (ambulatorio cure simultanee) - giro visita in reparto alla presenza di oncologo e palliativista - presenza infcoord di percorso cure palliative 2/3 volte a settimana in reparto e/o dh (colloqui con paziente e familiari). Fasi di realizzazione:

Prima fase: definizione operatori referenti e facilitazione da parte delle interfacce, volta al miglioramento della comunicazione fra servizi e alla conoscenza reciproca;  
Seconda fase: strutturazione di visite congiunte ai pazienti da parte di oncologo/palliativista in dh e in reparto, visite strutturate di infermiere in dh e reparto;

Terza fase: introduzione strumento di rilevazione dei bisogni pazienti in cure simultanee (termometro del di-stress), successiva attivazione delle risorse (psicologa, assistente sociale, nutrizionista,...) volte a soddisfare tali bisogni;

Quarta fase: valutazione e revisione degli interventi attuati ed implementazione - progetto di miglioramento.

Conclusioni: Dalla sperimentazione emergeranno elementi di buona pratica che verranno poi declinati in un progetto di miglioramento specifico per i Servizi coinvolti. Sicuramente l'affrontare le criticità delle decisioni di sospensione terapia, comunicazioni difficili, trae beneficio da un' approccio integrato d'equipe dove ogni professionista apporta il suo contributo; inoltre le caratteristiche dei pazienti necessitano che gli operatori comunichino fra loro per condividere gli obiettivi realisticamente perseguibili. Il progetto definito potrà essere esteso ad altri Distretti aziendali.

## **Risultati attesi**

Conoscenza reciproca Facilitazione percorsi Attivazione precoce, precoce instaurazione relazione d'aiuto, riduzione attivazioni tardive Continuità relazionale del malato con diversi professionisti Miglioramento comunicazione con paziente e famiglia Continuità gestionale complementare e coordinata (coerenza nello sviluppo del

percorso) Continuità delle cure ospedale-territorio (terapie di supporto...) Continuità dell'informazione/comunicazione tra soggetti istituzionali/professionistici.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 12 mesi

**Costi complessivi del progetto:** 0

**n. 40 - Progetto: UTILIZZO DI APPLICAZIONE INFORMATICA PER IL CONTROLLO DEL DOLORE SU DISPOSITIVO MOBILE**

**Nome del servizio:** AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE (San Benedetto del Tronto)

**Indirizzo:** VIA Manara, 1

**Regione:** MARCHE **Provincia:** Ascoli Piceno

**Comune:** San Benedetto del Tronto **CAP:** 63074

**Azienda:** Azienda Ospedaliera

**Struttura:** Ospedale

**Responsabile Progetto:** Maurizio Massetti

**Email:** mauriziomasseti1@tin.it

**Data Inizio:** 01 Mar 2010

Data Conclusione Prevista 19 Dec 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** comfort e processi organizzativi, Presa in carico

**Categoria di appartenenza:** accesso alla documentazione, Assistenza domiciliare, Case alloggio / comunità / centri diurni, Comportamenti, Risk Management e prevenzione degli errori, Informazioni / Segnalazioni, RSA-Residenze sanitarie assistite, Ospedale, Oncologia, Medicina di base, gestione del dolore acuto e cronico

Individuo coinvolto: anziano, Bambino, Professionisti sanitari, Persona affetta da patologia cronica, paziente chirurgico

### **Descrizione sintetica del progetto**

Utilizzo di applicazione informatica su dispositivo mobile (tablet) per la gestione del dolore acuto postoperatorio e del dolore cronico. Criticità: necessità di misurare il dolore nelle sue varie forme e in varie tipologie di pazienti. Intervento: programmazione di software dedicato per la misurazione-gestione del dolore acuto e cronico. Metodo: trasposizione di scheda del dolore cartacea provvista dei requisiti previsti dalla Legge 38 articolo 7 su software-hardware. Strutture e risorse umane: operatori sanitari vari (anestesista, terapeuta del dolore, infermiere, MMG, etc.). Processo organizzativo: dotazione di applicazione e dispositivo mobile con possibilità di sincronizzazione wi-fi di più dispositivi; misurazione del dolore a letto del paziente; somministrazione di farmaci e presidi previsti; immagazzinamento dei dati su data-base dedicato; possibilità di recuperare i dati a scopo scientifico (casistica) o per migliorare i

protocolli utilizzati; possibilità di abbattere la percentuale degli errori di trascrizione; razionalizzazione e monitoraggio del consumo di farmaci e dispositivi.

## **Risultati attesi**

1. rispetto della Legge 38, articolo 7 (misurazione del dolore in cartella clinica)
2. risparmio di tempo, risorse umane e denaro (non più cartaceo, intuitività delle procedure, etc.)
3. miglior outcome del paziente grazie ad una gestione del dolore più professionale
4. possibilità di reports in qualsiasi momento che permetterebbero il monitoraggio del consumo di farmaci, la validità dei protocolli, l'individuazione degli interventi più dolorosi o delle procedure da migliorare
5. possibilità di utilizzo di più scale uni- e multidimensionali
6. facilità nel richiamare i dati immagazzinati e permettere un confronto scientifico tra varie equipe, un miglior monitoraggio dei risultati tra ospedali di Aree Vaste e tra nosocomi in rete, al fine di omologare protocolli e comportamenti
7. utilizzo efficace in ambiti chirurgici di varia tipologia (dalle chirurgie più impegnative ai piccoli interventi in day-surgery e day-hospital) ed in ambiti medici (reparti internistici, ambulatori, R.S.A.)

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? No**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?No**

**Durata Progetto:** 8

**Costi complessivi del progetto:** €700

**n. 41 - Progetto:** **Indagine obesità infantile**

**Nome del servizio:** indagine sull'obesità infantile nelle terze classi elementari

**Indirizzo:** VIA Carlo Margottini,

**Regione:** LAZIO **Provincia:** Roma

**Comune:** Fiumicino **CAP:** 00054

**Azienda:** Altro TDM / ASL RM D

**Struttura:** Distretti

**Responsabile Progetto:** Stella Zaso

**Email:** stellazaso@virgilio.it

**Data Inizio:** 14 Mag 2013

**Data Conclusione Prevista** 14 Feb 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)? Si**

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** Assemblea di Cittadinanzattiva di Fiumicino

**Area Trattata:** comfort e processi organizzativi, Comfort e processi organizzativi

**Categoria di appartenenza:** comportamenti

**Individuo coinvolto:** bambino

### **Descrizione sintetica del progetto**

Indagine sull'obesità infantile svolta nelle terze classi elementari del Comune di Fiumicino. Sono stati somministrati questionari ai genitori ed ai bambini che sono stati pesati e misurati durante l'ora di lezione. Il progetto è stato attuato dai volontari dell'assemblea di Cittadinanzattiva del Comune di Fiumicino con l'assistenza e la consulenza del servizio SIAN della ASL Roma D. Sono state coinvolte le direzioni scolastiche e le insegnanti che hanno assistito e collaborato alle interviste. Il progetto potrebbe essere divulgato ad altre strutture Abbiamo il powerpoint con i risultati e tutta la modulistica utilizzata. Siamo inoltre a disposizione per collaborare con coloro che volessero ripetere il progetto

**Risultati attesi:** divulgazione e ampliamento del progetto

**Risultati raggiunti:** ampia condivisione da parte delle famiglie

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 10 mesi

**Costi complessivi del progetto:** 200€



Note: i costi indicati riguardano le spese materiali per la stampa delle brochures e di un book con i risultati definitivi oltre ai costi del carburante per raggiungere le scuole dislocate nel comune ( circa 40 km quadrati)

**n. 42 - Progetto: UOGI**

Nome del servizio: UOGI - UNITA' OPERATIVA A GESTIONE  
INFERMIERISTICA

Indirizzo: VIALE DEL POLICLINICO, 155

Regione: LAZIO Provincia: Roma

Comune: Roma CAP: 00155

Telefono: 0649975692

Azienda: Policlinico Universitario

Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: Prof.ssa Donatella Valente

Email: d.valente@policlinicoumberto1.it

Data Inizio: 29 Lug 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** Associazioni no profit

**Area Trattata:** comfort e processi organizzativi, Presa in carico, Relazione, Trasparenza e partecipazione civica

**Categoria di appartenenza:** ricoveri, ridurre l'attività di cura ed assistenza all'interno dell'ospedale a favore di una maggiore attenzione verso i pazienti nel territorio e a proprio domicilio

**Individuo coinvolto:** professionisti sanitari

### **Descrizione sintetica del progetto**

Unità Operativa Gestione Infermieristica (UOGI), con 18 posti letto. Una nuova modalità di gestire il paziente attraverso una tipologia di assistenza destinata a trattare persone affette da patologie cronicodegenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. Obiettivo: ridurre l'attività di cura e assistenza all'interno dell'ospedale a favore di una maggiore attenzione verso i pazienti nel territorio e a domicilio, come da obiettivo del Ministero della Sanità e della Regione Lazio, nell'ottica dell'umanizzazione delle cure e della domiciliarità. Il rispetto dei tempi di degenza del DRG, la richiesta continua di posti letto per acuti, la necessità di evitare ricoveri impropri hanno portato l'attuale dirigenza aziendale del Policlinico Umberto a favorire l'attivazione della UOGI, alla quale il paziente perverrà dai reparti di Medicina d'Urgenza, Medicina Interna, Chirurgia Vascolare, Ortopedia, Chirurgia Generale, Neurologia, Gastroenterologia. Pazienti già inquadrati dal punto di vista diagnostico, con una terapia già definita e un quadro clinico relativamente stabile. L'Unità Operativa a Gestione Infermieristica accoglie quei pazienti che, superata la fase acuta della malattia, necessitano di assistenza infermieristica ad alta intensità per recuperare al massimo la propria autonomia. Questa nuova

tipologia di reparto ridurrà i ricoveri ospedalieri inappropriati, limiterà gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali (spesso a causa delle difficoltà che incontrano i familiari del paziente nella gestione della patologia), e favorirà l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali, permettendo alla Regione Lazio di remunerare i ricoveri ordinari a giornate di Degenza, ottenendo un risparmio pari a due terzi dei costi. Il lavoro all'interno dell'Unità Operativa è organizzato per equipe/settori in modo da consentire la migliore presa in carico da parte degli infermieri nel rispetto della centralità della persona, attraverso la continuità dell'assistenza e il coinvolgimento della famiglia. Un cambiamento culturale importante per rendere il più agevole possibile la vita alla persona ricoverata e ai familiari, e l'accesso sarà consentito nell'intero arco della giornata. Particolare attenzione nella scelta degli arredi e del materiale per rendere accogliente e confortevole il reparto: completamente climatizzato, 1 camera con 2 posti letto, le altre con 4 posti letto, con uno spazio di 9 mq per posto letto, nr. 2 bagni in camera, 1 per normo dotati e 1 per diversamente abili, sala ristoro dotata di televisore, dvd e wireless, sezione dedicata alla biblioterapia e una tisaneria per soddisfare le esigenze di parenti e pazienti.

**Risultati raggiunti:** APERTURA REPARTO

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?**      Sì

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** Sì, al Nuovo Regina Margherita

**Durata progetto:** 1 mese

**Costi complessivi del progetto:** 0

**n. 43 - Progetto:** Sportello delle Malattie rare

Nome del servizio: Carta dei Servizi Malattie Rare 2014

Indirizzo: VIALE DEL POLICLINICO, 155

Regione: LAZIO Provincia: Roma

Comune: Roma CAP: 00161

Azienda: Policlinico Universitario

Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: Dott. Mauro Celli

Email: m.celli@policlinicoumberto1.it

Data Inizio: 01 Gen 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** Associazioni Pazienti e Malattie Rare

**Area Trattata:** comfort e processi organizzativi, Presa in carico, Relazione, Trasparenza e partecipazione civica

**Categoria di appartenenza:** malattie rare

Individuo coinvolto: persona affetta da patologia cronica, Genitori, Professionisti sanitari, Persona con disabilità, Bambino, Anziano,

Adolescenti, Donna, Immigrato, Persona con sofferenza mentale, Dipendenze

## **Descrizione sintetica del progetto**

Il Policlinico Umberto I, è da sempre in prima linea e dal 2011, ha istituito lo Sportello delle Malattie Rare, ispirato alle migliori pratiche e fortemente orientato al benessere del paziente. Il Centro garantisce l'accesso anche ai residenti "fuori" Regione Lazio, pari al 50% dei pazienti. Le malattie rare seguite sono 209 rispetto alle 409 identificate dal decreto ministeriale e le diverse patologie vengono seguite presso i 64 Centri e 132 Presidi, dislocati all'interno della struttura ospedaliera. Attualmente i pazienti a cui viene prestata assistenza sono circa 8.500 con un incremento negli ultimi 4 anni di circa il 450% e nel 2013, rispetto al 2012, del 30%

## **Risultati attesi**

Tutti gli attori coinvolti, sia a livello nazionale che regionale, per una politica sempre più ispirata al miglioramento dell'assistenza e della ricerca

## **Risultati raggiunti**

La realizzazione di un evento (16 aprile 2014) a cui hanno partecipato:

- Magnifico Rettore "Sapienza", Luigi Frati
- Direttore Generale, Domenico Alessio
- Ministro Salute, Beatrice Lorenzin
- Presidente Regione Lazio, Nicola Zingaretti

- la Istanza: La funzione della Rete Presidente Nazionale UNIAMO FIMR Onlus,
- Renza Galluppilla Istanza Integrazione Ospedale- Territorio V. Presidente Nazionale UNIAMO FIMR Onlus,
- Maria Marcheselli IIIa Istanza I DDL nel quotidiano del malato raro Presidente Consulta Nazionale Malattie Rare,
- Flavio BertoglioIVa Istanza La best practice del Volontariato Ospedaliero per le Malattie Rare: il modello Policlinico Umberto I Presidente Lavorare Onlus,
- Angelo Petroni Va Istanza Superiamo la Legge 279 e le 109 patologie: una nuova visione per il superamento delle disparità Presidente Movimento Rari – MIR Onlus,
- Claudio Buttarelli VIa Istanza Valorizziamo la ricerca per rendere fruibili, come cure, i risultati
- Direttore Generale Telethon, Francesca Pasinelli

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** No

**Durata Progetto:** 8 mesi

**Costi complessivi del progetto:** €3.100

**Note:** Linea Progettuale "Malattie Rare" DCA 0015/2012

**n. 44 - Progetto:** VACCINARE SENZA DOLORE

**Nome del servizio:** Unità Operativa Igiene e sanità pubblica centro sud - Azienda Provinciale per i servizi sanitari di Trento

Indirizzo: PIAZZA Achille Leoni , 11/A  
Regione: TRENINO Provincia: Trento  
Comune: Rovereto CAP: 38068  
Telefono: 0464403707  
Azienda: ASL  
Struttura: Dipartimento di prevenzione o Sanità Pubblica  
Responsabile Progetto: Spaccini Manuela  
Email: manuela.spaccini@apss.tn.it  
Data Inizio: 01 Mag 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** comfort e processi organizzativi, Relazione

**Categoria di appartenenza:** condizione delle strutture sanitarie, Pediatria, Prevenzione - vaccinazione / screening

**Individuo coinvolto:** bambino

### **Descrizione sintetica del progetto**

L'OBIETTIVO GENERALE del progetto è stato quello di definire una procedura operativa per il controllo del dolore da vaccinazione nei bambini da 3 mesi a 5 anni e di verificarne la sostenibilità organizzativa e l'applicabilità in un servizio vaccinale. OBIETTIVI SPECIFICI:

- formazione degli operatori dei servizi vaccinali per incrementare le conoscenze delle tecniche di controllo del dolore che ha coinvolto in qualità di esperti anche un Pediatra di famiglia e un'infermiera pediatrica del reparto di chirurgia pediatrica dell'Ospedale di Trento
- Avvio di un progetto di miglioramento condotto da un gruppo di lavoro formato da un tutor, 2 medici e 9 Assistenti sanitarie/infermieri con i seguenti sotto obiettivi: a) stesura della procedura operativa b) preparazione dei materiali informativi per i genitori c) utilizzo di una check-list con 26 indicatori di controllo per verificare l'adesione alle fasi della procedura e per verificarne l'applicabilità; d) accertamento e valutazione del dolore con le scale MBPS per i bambini fino a 2 anni e Wong Baker per i bambini di 5 anni in un campione di 567 bambini con indicatori aggiuntivi sulla durata del pianto e consolabilità; e) somministrazione di un questionario di gradimento per i genitori; f) osservazione del tutor mediante la check list per monitorare i comportamenti previsti nella procedura e rilevare eventuali criticità organizzative g) presentazione dei risultati della sperimentazione a tutti gli operatori dei servizi vaccinali coinvolti e ai Pediatri di famiglia dell'U.O. h) adozione della procedura da parte di tutti gli operatori dell'U.O.

Durante la sperimentazione sono stati coinvolti 567 bambini (445 di età inf. ai 2 anni – 122 di 5-6 anni), compilate 567 check list, 445 scale MBPS e 119 scale Wong Baker, raccolti 543 questionari di gradimento dei genitori.

L'elaborazione dei dati ha evidenziato i seguenti risultati:



## Valutazione del dolore:

- La durata del pianto è stata nell'88,5% inferiore al minuto e il 59,7% ha pianto meno di 30"
- La scala MBPS applicata nei bambini fino a 18 mesi ha ottenuto un punteggio superiore a 6 (dolore intenso) nel 36,8%.
- La scala di Wong Baker ha misurato nel 69,6% un dolore inferiore a 2 su una scala di 10.
- La percezione soggettiva del dolore da parte dei genitori (valutata nel questionario di soddisfazione) su una scala da 0 a 10 è risultata correlata in modo significativo con il punteggio delle scale MBPS e Wong Baker.
- Applicazione delle tecniche di controllo da parte degli operatori. La posizione di conforto adeguata all'età è stata utilizzata nel 97,5% dei casi. L'iniezione rapida senza aspirazione e il vaccino più doloroso per ultimo sono stati applicati rispettivamente nel 94,3% e 91,2%. I giochi di distrazione più utilizzati nei bambini fino a 2 anni sono stati quelli sonori, il 94,1% dei bambini di 5-6 anni ha utilizzato i giochi di distrazione e rilassamento (soffiare sulla girandola, soffiare sulle candeline immaginarie, guardare nel caleidoscopio.) Il colloquio con il bambino di 5-6 anni è avvenuto nel 95,9%.

Questionario di soddisfazione dei genitori (indagava le seguenti aree):

- informazioni ricevute
- coinvolgimento nelle tecniche
- grado di soddisfazione Il 97,2% si è ritenuto soddisfatto o molto soddisfatto.

- L'adeguatezza delle informazioni da parte degli operatori sulle strategie di controllo del dolore è stata giudicata molto adeguata nel 72,7% e abbastanza adeguata e 25,7 %. Il 97,8% si è sentito coinvolto nelle strategie di controllo del dolore Il 96,1% dei genitori ha giudicato le informazioni ricevute da molto ad abbastanza comprensibili.

## **Risultati attesi**

1. fare acquisire al personale dei servizi vaccinali le competenze necessarie ad applicare le strategie di controllo del dolore durante le vaccinazioni
2. fare adottare al personale le nuove tecniche di somministrazione dei vaccini finalizzate al controllo del dolore
3. educare i genitori nella gestione del controllo del dolore
4. Migliorare la relazione con il bambino di 5 anni ai fini del controllo del dolore
5. Dimostrare la sostenibilità organizzativa della procedura operativa

## **Risultati raggiunti**

1. il personale medico e infermieristico dei servizi vaccinali ha acquisito le competenze necessarie ad applicare le strategie di controllo del dolore
2. È aumentata la soddisfazione del personale che ha acquisito competenze nel controllo del dolore.
3. E' migliorata la relazione

con i genitori che apprezzano le informazioni e il coinvolgimento nella consolazione del bambino

4. E migliorata la relazione con i bambini più grandi

5. Il progetto è stato giudicato applicabile e sostenibile per i servizi vaccinali e di modesto impegno economico.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?**      Si

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** Si, è in previsione l'estensione della procedura operativa agli altri servizi vaccinali dell'APSS

**Durata Progetto:** 12 mesi

**Costi complessivi del progetto:**      500€

**n. 45 - Progetto:**      "La scuola del piede": realizzazione di un percorso per la prevenzione delle complicanze del piede diabetico

**Nome del servizio:**      U.O. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE  
Ospedale di Rovereto (APSS-TN)

**Indirizzo:**      CORSO VERONA, 4

**Regione:**      TRENINO      **Provincia:**      Trento

**Comune:**      Rovereto      **CAP:**      38068

**Telefono:**      0464-403297

**Azienda:**      Azienda Ospedaliera

**Struttura:**      Ospedale

Responsabile Progetto: SUSANNA ROSSI

Email: susanna.rossi@apss.tn.it

Data Inizio: primavera 2012

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** presa in carico

**Categoria di appartenenza:** prevenzione - vaccinazione / screening, Riabilitazione, Patologie croniche

**Individuo coinvolto:** persona affetta da patologia cronica

### **Descrizione sintetica del progetto**

La patologia diabetica, che risulta essere in continuo aumento anche nella nostra popolazione, può causare gravi complicanze. E' da tempo dimostrato che la promozione della salute, in questo particolare campo, è la principale azione da intraprendere ancor prima dell' insorgenza della malattia. E' sul piede che i pazienti con arteriopatia e neuropatia degli arti inferiori manifestano gravi conseguenze. L' esercizio fisico può fare molto per questi pazienti e abbiamo quindi pensato di realizzare un progetto con uno studio pilota per valutare l' efficacia di un programma educativo volto alla prevenzione delle complicanze del piede diabetico. E' stato formato un gruppo di lavoro composto da 1 medico fisiatra, due fisioterapisti, uno studente laureando in fisioterapia. Lo studio, che doveva verificare se l'esercizio fisico e l'educazione alla gestione del piede possano determinare dei benefici nei soggetti diabetici, è stato condotto su un gruppo di 24 soggetti affetti da Diabete Mellito

di tipo II inviati presso il reparto di Medicina Fisica e Riabilitazione dell'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto dal Centro Antidiabetico della stessa struttura. Sono stati selezionati soggetti di entrambi i sessi con età compresa tra 61 e 85 anni e sottoposti ad una prima valutazione, necessaria per poter confrontare eventuali cambiamenti a distanza di due mesi dopo il trattamento. La valutazione ha previsto l'auto-somministrazione del questionario SF12. I pazienti sono stati quindi invitati ad eseguire, sotto la supervisione e le indicazioni di un fisioterapista, 3 test fisici seguiti dalla compilazione della scala numerica di valutazione del dolore (NRS) e della scala della percezione dello sforzo (Scala di Borg). In 5 sedute i pazienti hanno appreso gli esercizi da ripetere poi a casa. E' stato fornito anche un supporto cartaceo. Un questionario di gradimento ed uno di valutazione finale sono stati somministrati per una raccolta degli indicatori. Lo studio pilota è stato oggetto della tesi di laurea di uno studente. Il progetto è innovativo in quanto, a tutt'oggi, nella nostra Provincia solo presso l'Ospedale di Rovereto viene proposto questo percorso.

### **Risultati attesi**

A breve-medio termine miglioramento delle condizioni generali del piede (perfusione, propriocezione, sensibilità e motilità), riduzione del dolore con conseguente miglioramento della competenza motoria e autonomia attività quotidiane. A lungo termine riduzione della necessità di intervento vascolare (rivascolarizzazione/amputazione).

### **Risultati raggiunti**

La rivalutazione, a distanza di due mesi dalle cinque sedute formative nelle quali sono stati educati i soggetti all'autogestione del

piede e all'esecuzione corretta degli esercizi, riporta miglioramenti significativi nelle performance fisiche dei pazienti. Il programma fisioterapico educativo, utilizzato nello studio pilota "Scuola del Piede", risulta perciò applicabile alla pratica riabilitativa.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto:** 24 mesi

**Costi complessivi del progetto:** 0

Note: L' attività denominata "scuola del piede" è divenuta una modalità operativa sistematica dell' UO di Medicina Fisica e Riabilitazione di Rovereto in stretta integrazione con il servizio di diabetologia dell' ospedale. I pazienti vengono inviati direttamente al servizio e l' attività ha già interessato una quarantina di pazienti. L' attività non ha richiesto aumento di personale o particolari acquisti di materiali. Il progetto potrebbe essere esteso anche ad altri contesti aziendali.

**n. 46 - Progetto: Le frattura da fragilità, la multidisciplinarietà in intensità di cura ospedaliera per gli obiettivi di salute**

Nome del servizio: U.O. Geriatria

Indirizzo: LARGO Medaglie d'Oro , 9

Regione: TRENINO

Provincia: Trento

Comune: Trento      CAP: 38110

Azienda: ASL

Struttura: Ospedale

Progetto: dr. Noro

Email: gabriele.noro@apss.tn.it

Data Inizio: 14 Mag 2012

Data Conclusione Prevista 31 Dec 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?**      No

**Area Trattata:** comfort e processi organizzativi

**Categoria di appartenenza:** ospedale

**Individuo coinvolto:** anziano

### **Descrizione sintetica del progetto**

Obiettivo: Le fratture del femore prossimale nei soggetti anziani si caratterizzano per un'alta mortalità e una notevole disabilità, con elevati costi sociali e sanitari. Le linee guida internazionali concordano nel considerare come un trattamento precoce di queste fratture (entro le 48 ore) e un approccio globale a questi pazienti (di tipo ortogeriatrico) riduca la mortalità, le complicanze, la durata del ricovero e i costi sanitari. Abbiamo pertanto elaborato un Progetto teso a migliorare la gestione clinica di questi pazienti. Descrizione del contesto: Sono stati considerati i pazienti di età superiore ai 75 anni ricoverati per frattura prossimale di femore presso l'U.O. di

Ortopedia della Struttura Ospedaliera “Santa Chiara di Trento”. Le Unità Operative coinvolte sono Pronto Soccorso, Ortopedia e Traumatologia, Anestesia e Rianimazione, Geriatria e Cardiologia. I pazienti, selezionati in base a determinati indicatori clinici, sono seguiti da un Geriatria presente in reparto dal lunedì al venerdì tutte le mattine e dai medici dell’U.O. di Geriatria, su consulenza, nelle restanti ore del giorno e nei festivi. Il progetto è iniziato nella seconda metà del 2012. Metodi: E’ stato elaborato un percorso clinico-assistenziale che include: - L’inquadramento del paziente già al suo arrivo in Pronto Soccorso - L’applicazione di un protocollo della valutazione del rischio cardiaco operatorio - L’inquadramento rapido e complessivo del paziente tramite un modello ortogeriatrico, tramite una valutazione multidimensionale e multidisciplinare - La valutazione del paziente nel periodo pre e post-operatorio Le prime due fasi del percorso sono state il risultato di svariati incontri tra le figure professionali delle diverse U.O., mentre le restanti fasi sono il risultato di un costante confronto tra le diverse figure professionali che partecipano alla cura del paziente prettamente ortogeriatrico.

### **Risultati attesi**

I parametri di cui ci si aspettava un miglioramento erano legati ad un aumento della percentuale degli operati entro le 48 ore, ad una riduzione del tempo medio di accesso alla sala operatoria, ad una riduzione della durata media dei ricoveri, e una riduzione della mortalità. I miglioramenti di questi parametri erano attesi non solo per i pazienti di età > 75 anni seguiti direttamente dal Geriatra ma di riflesso anche per i pazienti seguiti dall’Ortopedico. Secondariamente ci aspettavamo, di riflesso, una riduzione dei tempi di attesa per gli interventi ortopedici in elezione.



## **Risultati raggiunti**

Abbiamo valutato i dati di 920 pazienti di età superiore a 65 anni (relativamente ai risultati attesi) identificati tramite i codici ICD-9) per il triennio 2011-13. Abbiamo riscontrato dal 2011 al 2013 un aumento dei pazienti operati entro le 48 ore (dal 17.7 % al 48%), una riduzione del tempo medio di accesso (giorni) alla sala operatoria (da 5,7 giorni a 3,2giorni), una riduzione della durata delle degenze (da 14,5 giorni a 12 giorni). Abbiamo anche riscontrato, per i dati relativi al solo 2012, una riduzione della mortalità intraospedaliera (dal 1,42 % al 1,17 %), a 1 mese (dal 4,28 % al 2,94 %), a 3 mws (dal 10,71 % al 7,64 %), a 6 mesi (dal 12,68 % al 10,00 %). Relativamente ad i tempi di attesa per gli interventi in elezione abbiamo riscontrato un dimezzamento degli stessi dai circa 12 mesi ai circa 6 mesi.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto:** 27 mesi

**Costi complessivi del progetto:** 0

**n. 47 - Progetto: Il ruolo della musica in anestesia e rianimazione cardiocirurgica**

**Nome del servizio:** APSS S. Chiara Trento Dipartimento Anestesia e Rianimazione 2

**Indirizzo:** VIA Degasperi, 79

Regione: TRENINO Provincia: Trento

Comune: Trento CAP: 38121

Telefono: +390461902388

Tipologia

Azienda: Azienda Ospedaliera

Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: Refatti Silvia

Email: [silvia.refatti@apss.tn.it](mailto:silvia.refatti@apss.tn.it)

Data Inizio: 29 Gen 2013

Data Conclusione prevista 10 Ott 2013

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?**No

**Area Trattata:** presa in carico

**Categoria di appartenenza:** anestesia e Rianimazione cardiocirurgica

**Individuo coinvolto:** paziente chirurgico, perioperatorio cardiocirurgico

### **Descrizione sintetica del progetto**

In accordo con la definizione della OMS dello stato di salute come benessere fisico, psichico e sociale dell'individuo negli ultimi decenni sono stati apportati significativi miglioramenti in campo

sanitario rendendo le strutture ospedaliere ed il rapporto operatore sanitario – paziente più adatto alla cura del malato nell'insieme delle sue necessità con particolare attenzione alla persona nel suo complesso, non solo alla patologia in atto. Nonostante gli sforzi fatti, l'ospedale incute ancora soggezione evocando un senso di vulnerabilità e accentuando la percezione di fragilità indotta dalla malattia in essere. Ciò è marcato in pazienti in attesa di procedure diagnostiche o terapeutiche invasive e può evolvere in chiari stati di stress ed ansia causa di duraturi e talvolta permanenti traumi psicologici. Tale stato di ansia e stress aumenta durante l'attesa raggiungendo il culmine all'inizio della procedura interventistica ed è proporzionale ai rischi connessi con la procedura. E' dimostrato che questo "contesto" provochi delle modificazioni psicocomportamentali e neuroendocrine. L'unità "presala-sala operatoria" è un ambiente dove la condizione di stress-ansia del malato raggiunge i livelli maggiori. Il paziente, privato dei suoi indumenti, incontra operatori che non conosce, che non ha mai incontrato nel proprio percorso di cura; ne vede solo il viso e a volte solo dallo sguardo, dal tono di voce, dal tatto del singolo professionista si affida. Esiste un elemento di continuità assistenziale non farmacologico e non operatore dipendente ma solo paziente dipendente che possa contribuire alla riduzione di ansia-stress? Domanda di ricerca: La musica in presala operatoria di cardiocirurgia può ridurre l'ansia influenzando i parametri vitali, quali pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria nei pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico? Ne può modificare il risveglio in terapia intensiva? Metodo utilizzato: Studio qualitativo osservazionale. Si costituisce un unico gruppo di studio detto "intervento" costituito da pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico nei quali si vuole valutare l'effetto della musica

durante la fase di preparazione e monitoraggio pre-intervento. I criteri di inclusione sono: pazienti in attesa di intervento cardiocirurgico in elezione, che hanno dato il loro consenso a far parte dello studio, orientati e collaboranti all'arrivo in presala senza sedazione in atto. Descrizione del metodo: Il giorno antecedente l'intervento si raccoglie il consenso allo studio ed il genere di musica preferito tra le seguenti possibilità:

1. Musica classica,
2. Cori della montagna,
3. Musica Italiana anni 50-60-70,
4. Rock,
5. Soul R&B.

All'arrivo in presala, l'infermiere di anestesia procede alla rilevazione dei parametri vitali FC, FR, PA non invasiva, livello dell'ansia e loro annotazione nella prima parte della apposita scheda mentre la seconda parte verrà compilata al risveglio. Segue la trasmissione della musica tramite ipod ed cuffie esterne, con durata fino alla fine della fase d'induzione all'anestesia. Il volume della musica è di frequenza medio bassa affinché il paziente possa ascoltare le indicazioni e le spiegazione che gli vengono fornite da tutte le figure coinvolte in questa fase: infermiere, anestesista, cardiocirurgo, tecnico perfusionista, strumentista e operatore di supporto. Durante l'ascolto avvengono il posizionamento del catetere venoso periferico e del catetere arterioso radiale. Al risveglio, dopo intervento, l'infermiere di rianimazione annota nella sonda parte della scheda la modalità di risveglio secondo la scala RikerAgitation Scale e gli effetti della musica sperimentati dal paziente stesso con particolare

riferimento ad azione rilassante, distrazione dalla condizione di attesa dell'intervento ed aspettative di salute. Strutture e risorse umane coinvolte: La ricerca viene attuata presso la presala/sala operatoria di cardiocirurgia e Terapia Intensiva 2 dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, ospedale certificato JCIA (Joint Commission International Accreditation). Il paziente ammesso alla presala è uno solo per volta. Le persone coinvolte all'accoglienza ed assistenza del paziente sono: infermiere di anestesia e rianimazione, operatore socio sanitario, anestesista e rianimatore, cardiocirurgo, infermiere strumentista e tecnico perfusionista.

### **Risultati attesi**

L'assistenza infermieristica perioperatoria cardiocirurgica è prevalentemente tecnica sia in termini di preparazione all'intervento sia di assistenza nell'immediato postoperatorio. Introdurre un elemento che possa essere riconosciuto dal paziente come proprio, si auspica abbia lo scopo di aiutarlo a distrarsi da ciò che percepisce come ambiente, manovre e persone estranee, aiutandolo a concentrarsi su percezioni familiari quali ricordi e vissuti piacevoli permettendo all'infermiere di anestesia o rianimazione di compiere le proprie attività avendo un paziente più compliant. Un altro vantaggio potrebbe essere la conoscenza anticipata del paziente permettendo l'instaurarsi di un "rapporto umano di presa in carico" già dal giorno antecedente l'intervento aspetto non secondario nella professione infermieristica soprattutto per chi opera in sale operatorie o rianimazioni che sono ambienti considerati molto spersonalizzanti.

## **Risultati raggiunti**

Questo studio dimostra che il 100% dei pazienti ricorda la presenza della musica prima di addormentarsi ed il 92% la consiglia ad altri utenti a dimostrazione che il vissuto del paziente diviene ricordo indelebile raccontato ai propri famigliari e ad altri pazienti. In aggiunta il livello di ansia dichiarata dal paziente all'arrivo in presala si riduce, dopo circa trenta minuti di ascolto, nel 81% dei casi. Il risveglio dell'utente in rianimazione, valutato tramite la scala RikerAgitation Scale, evidenzia un risveglio calmo e cooperante per il 72% dei pazienti. La pressione arteriosa non invasiva si riduce nel 61% dei pazienti. Frequenza cardiaca e frequenza respiratoria diminuiscono rispettivamente nel 56% e nel 64% dei pazienti analizzati. Offrire la miglior assistenza medico-infermieristica significa anche comprendere il vissuto di ciascun paziente, fornire strumenti che lo aiutino ad affrontare determinate situazioni di maggior stress, aiutare a sviluppare capacità di self control.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto: 10 mesi**

**n. 48 - Progetto / Esperienza in Atto: Ricreiamoci Un nuovo modo di fare salute**

**Nome del servizio: Direzione generale ass1 Triestina**

**Indirizzo: VIA costantinides1-2, San Giovanni**

**Regione:** FRIULI-VENEZIA GIULIA

**Provincia:** Trieste

**Comune:** Trieste           CAP: 341xx

**Azienda:** ASL

**Struttura:** Distretti

**Responsabile Progetto:** Sara Sanson

**Email:** sara.sanson@ass1.sanita.fvg.it

**Data Inizio:** 30/10/2012

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?**    No

**Area Trattata:** presa in carico, Relazione, Trasparenza e partecipazione civica

**Categoria di appartenenza:** comportamenti, Disabilità, Salute a scuola

**Individuo coinvolto:** bambino, Genitori, Adolescenti, Professionisti sanitari

### **Descrizione sintetica del progetto**

Premesso che l’Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina” riconosce come propria mission la promozione della salute delle persone e della comunità dell’area triestina, e per fare ciò si impegna a garantire l’erogazione di prestazioni sanitarie appropriate

e di alta qualità e a concorrere alla realizzazione di un sistema integrato di sicurezza sociale;

che nell'Atto Aziendale, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 391 dd. 22/11/2012, definisce la missione aziendale ed i principi ispiratori, fissando, tra gli altri, l'obiettivo dello sviluppo del welfare locale per realizzare programmi atti ad individuare, valutare e contrastare i principali fattori di rischio individuali e collettivi, dichiarando come propria priorità l'attenzione alle fasce deboli della popolazione, obiettivo ribadito e sviluppato anche nel Piano di Zona concordato e sottoscritto con il Comune di Trieste relativo alle annualità 2013-15;

che in dato atto che è riconosciuta Azienda capofila, in seno alla FIASO - Federazione Italiana della Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del laboratorio nazionale sulle tematiche di governo della salute sul territorio, prendendo parte al comitato strategico del laboratorio sulla comunicazione e promozione della salute,

e che l'azienda ha aderito nel 2009 alla rete degli Ospedali e dei Servizi Sanitari per la Promozione della Salute (HPH&HS – HealthPromoting Hospitals and Health Services), attivata dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità;

Rilevato che, con deliberazione del Direttore Generale stato approvato uno schema di intesa tra l' A.S.S. n.1 "Triestina" ed il Comune di Trieste - Area Educazione, Università e Ricerca sporta avente lo scopo, tra l'altro, di “realizzare interventi sinergici, sulla base dei bisogni espressi dal territorio, finalizzati, nel rispetto degli ambiti istituzionali di entrambi gli Enti, sia ad uno sviluppo dell'integrazione delle funzioni socio-sanitarie, che alla promozione della salute dei giovani attraverso la diffusione di una cultura di



sana alimentazione, pratica regolare di attività fisica, acquisizione di abilità di vita, prevenzione dei comportamenti a rischio”; per la realizzazione di interventi sinergici finalizzati alla promozione della salute dei giovani”. Hospitals and Health Services), attivata dall’Organizzazione Mondiale per la Sanità;

Rilevato che, con deliberazione del Direttore Generale stato approvato uno schema di intesa tra l' A.S.S. n.1 "Triestina" ed il Comune di Trieste – Area Educazione, Università e Ricerca e sport avente lo scopo, tra l’altro, di “realizzare interventi sinergici, sulla base dei bisogni espressi dal territorio, finalizzati, nel rispetto degli ambiti istituzionali di entrambi gli Enti, sia ad uno sviluppo dell’integrazione delle funzioni socio-sanitarie, che alla promozione della salute dei giovani attraverso la diffusione di una cultura di sana alimentazione, pratica regolare di attività fisica, acquisizione di abilità di vita, prevenzione dei comportamenti a rischio”; per la realizzazione di interventi sinergici

Ricreiamoci: un nuovo modo di fare salute. Un’esperienza nuova nasce molto spesso dall’incontro di più soggetti che mettono in gioco le loro competenze per percorrere una strada diversa. Portare il Judo in due ricreatori di Trieste è stato possibile perchè Comune di Trieste, Azienda Sanitaria ASS1 ed Università di Trieste, hanno condiviso con l’ASD DOJO Trieste la proposta di un intervento integrato al miglioramento della qualità della vita e rivolto a ragazzini di 8-10 anni che frequentano un doposcuola “particolare”: il Ricreatorio. I Ricreatori comunali sono un’istituzione di antica tradizione triestina, in quanto sorti nei primi anni del Novecento e caratterizzati da un’impostazione rionale e laica. Attualmente ne sono in funzione 13. Il ricreatorio è un servizio formativo che svolge una funzione educativa e di promozione del benessere del bambino,

preadolescente e adolescente, promuovendo contesti di crescita personale e di gruppo, favorendo occasioni di incontro e dialogo

## **Risultati raggiunti**

Tutti i bambini sono stati forniti gratuitamente di judogi (abito per la pratica) da parte dell'ASD DOJO Trieste. Hanno completato il corso e sono stati promossi agli esami finali ventuno bambini (con la consegna di dieci cinture arancioni e undici cinture gialle, medaglie e diplomi offerti da ASD DOJO Trieste).

Si sottolinea che all'inizio della pratica si sono evidenziati in alcuni bambini:

episodi di violenza verbale e fisica;

eccessiva aspettativa di combattimento;

difficoltà di concentrazione (poco controllo di se);

difficoltà nell'accettazione dei propri limiti;

egocentrismo;

timidezza.

Fisicamente ci sono casi di obesità (che impedisce il normale movimento) ed è stata focalizzata una criticità da seguire. In tutti i casi si è operato per promuovere l'integrazione e l'armonizzazione degli individui nel gruppo, proponendo giochi che consentano di superare le difficoltà e limiti ad azioni disarmoniche

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** Sì, realtà nazionali grazie all'adesione alla rete hphhs (promozione della salute dei servizi sanitari e ospedali)

<http://www.retehphitalia.it/public/ddw.asp?s=G&v=-1&t=1&l=1&a=6666&nodo=46974&m=&parent=46715>

**Durata Progetto:** 24 mesi

Note: Il progetto prevede per il triennio 2015-2018 una estensione al numero dei ricreatori e partner. Sarà coinvolta Università degli studi di Trieste ( facoltà di scienze della vita) e SISSA di Trieste, Onlus buone pratiche di Trieste e associazioni di tutela

**n. 49 - Progetto: GESTIONE CONDIVISA TEMPI DI ATTESA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Nome del servizio: Direzione medica della struttura ospedaliera di Rovereto

Indirizzo: CORSO VERONA, 4

Regione: TRENINO Provincia: Trento

Comune: Rovereto CAP: 38068

Telefono: 0464403208

Azienda: ASL

Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: GIULIANO MARIOTTI

Email: giuliano.mariotti@apss.tn.it

Data Inizio: 02 Ott 2000

Data Conclusione Prevista 31 Mar 2016

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** Associazioni cittadini (TDM, FP-CISL, SPI-CGIL), Associazioni pazienti

**Area Trattata:** comfort e processi organizzativi

**Categoria di appartenenza:** accesso ai servizi / trasparenza, Liste di attesa, Medicina del territorio, Medicina di base, Prenotazione visite ed esami

**Individuo coinvolto:** professionisti sanitari, Persona affetta da patologia cronica, Associazioni dei cittadini, Associazioni dei pazienti

### **Descrizione sintetica del progetto**

A causa della difficoltà di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per elevati tempi di attesa e a causa della crescente domanda di prestazioni con probabile incremento della inappropriatezza clinica, presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia di Trento è stato applicato un modello innovativo per l'accesso alle prestazioni, inizialmente sperimentato come esperienza pilota presso un distretto dell'azienda (distretto pilota), che riprendeva un modello da poco sperimentato in altre realtà, denominato RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei). Tale modello è stato ideato per facilitare l'applicazione di criteri di

accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali non basati semplicemente sul criterio first in first out ma su criteri clinici espliciti concordati. Tale modello è caratterizzato dal coinvolgimento partecipativo e progressivo di medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e specialisti ospedalieri. Il modello ha l'obiettivo di far sì che MMG/PLS e specialisti ospedalieri concordino sull'uso di "parole chiave cliniche" capaci di descrivere il grado di "bisogno diagnostico" del paziente che come "variabile dipendente" ha il tempo di attesa ritenuto "ragionevole". Il modello, inoltre, prevede necessariamente:

- i) l'attribuzione del livello di priorità ai pazienti anche da parte dello specialista;
- ii) il ritorno informativo (feedback) al medico prescrittore della priorità assegnata dallo specialista ai singoli pazienti;
- iii) l'analisi della concordanza delle priorità assegnate dai singoli medici prescrittori versus quelle assegnate dagli specialisti;
- iv) l'utilizzo dei dati di concordanza per migliorare l'efficacia del modello;
- v) la comunicazione alle associazioni dei cittadini dei dati relativi all'uso del modello. Negli ultimi anni, presso il distretto pilota, è iniziato l'utilizzo di un applicativo informatico di aiuto alla decisione prescrittiva con priorità clinica ed è stata effettuata un'analisi della capacità di tale strumento informatico così come del feedback ai medici prescrittori, di aumentare il livello di concordanza.

Contestualmente all'uso del modello, nell'ambito di survey su campioni di cittadini dell'intera provincia di Trento, effettuate in 4 anni diversi dal 2006 al 2014, sono stati valutati:

- i) l'opinione sul consenso all'uso del modello delle priorità cliniche
- ii) l'opinione sull'efficacia del modello nel ridurre i tempi di attesa.

## **Risultati attesi**

I principali obiettivi specifici e le principali finalità sono:

- 1) adeguare i tempi di attesa di ciascun cittadino al bisogno clinico che manifesta;
- 2) ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso;
- 3) allenare i professionisti all'integrazione ospedale-territorio, sviluppando un vissuto relazionale basato sull'elogio dell'errore e non sul disprezzo della critica;
- 4) valutare l'impatto del modello nel tempo sulla popolazione target;
- 5) realizzare una base di discussione per la definizione di differenti livelli di assistenza su base clinica con il coinvolgimento delle associazioni dei cittadini.

## **Risultati raggiunti**

- 1) rispetto dei tempi massimi previsti per classe di priorità ( $\leq 3$  giorni,  $\leq 10$  giorni,  $\leq 30$  giorni, attesa programmata per follow-up, senza limite di priorità clinica) nella maggior parte dei pazienti;
- 2) riduzione accessi impropri in Pronto Soccorso;

3) aumento della concordanza prescrittore vs specialista con l'uso del feedback;

4) aumento ulteriore della concordanza con l'utilizzo di uno strumento di aiuto alla decisione;

5) gradimento da parte di gran parte dei MMG/PLS del modello;

6) opinione positiva crescente (dal 2006 al 2014) da parte dei cittadini del valore delle priorità come modello di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali;

7) opinione positiva crescente (dal 2006 al 2014) da parte dei cittadini dell'efficacia del modello per ridurre i tempi di attesa.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? Si**

Provincia Autonoma di Bolzano, Regione Umbria, Regione Sicilia, Regione Puglia, Regione Abruzzo, Regione Basilicata, Regione Veneto, Regione Liguria, Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Lazio (in alcune delle regioni elencate il modello, allo stato attuale, potrebbe essere stato applicato in singole aziende.

**Durata Progetto:** 160 mesi

**Costi complessivi del progetto:** €50.000

Note: I costi marginali incrementali sono quelli connessi a modifiche di applicativi informatici di fornitori esterni all'azienda, a tutt'oggi dell'ordine di circa € 50.000. I maggiori costi non sono emergenti, ma stimabili sulla base delle ore dedicate dai

professionisti in riunioni di lavoro, momenti formativi, modifiche informatiche di applicativi aziendali e sull'utilizzo di quote variabili di incentivi economici.

**n. 50 - Progetto: Farmacia di iniziativa: spazio web di incontro con il paziente. Informazione indipendente e di qualità per cittadini consapevoli**

Nome del servizio: Area culturale SIFO Informazione Scientifica, Educazione e Informazione Sanitaria

Indirizzo: VIA Farini, 81

Regione: LOMBARDIA Provincia: Milano

Comune: Milano CAP: 20100

Telefono: 026071934

Azienda: Altro Società Scientifica

Struttura: Altro Società Scientifica

Responsabile Progetto: Daniela Scala

Email: sdaniela2000@yahoo.com

Data Inizio: 07 Gen 2014

Data Conclusione Prevista 31 Dec 2016

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Si



**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti:** Suggerimenti sugli argomenti di interesse per il cittadino e revisione del materiale prodotto

**Area Trattata:** trasparenza e partecipazione civica

**Categoria di appartenenza:** farmaci, Informazioni / Segnalazioni, Accesso alla documentazione

**Individuo coinvolto:** persona affetta da patologia cronica, Genitori, Donna, Anziano

### **Descrizione sintetica del progetto**

L'obiettivo del progetto, promosso dall'Area Informazione Scientifica, Educazione e Informazione Sanitaria insieme alla redazione SIFOweb e Area Giovani, è di contribuire ad (in)formare pazienti e cittadini su patologie, terapie e adozione di comportamenti salutari attraverso un'informazione indipendente e di qualità. Questo avviene attraverso il dialogo tra cittadini e farmacisti, che solo se insieme, possono contribuire a migliorare la gestione (l'utilizzo e l'accesso) del "bene-farmaco" e l'assistenza farmaceutica. Il progetto prevede la divulgazione e aggiornamento di informazioni rivolte a pazienti e cittadini, elaborazioni di informazioni su tematiche di interesse del paziente e cittadino preparate coinvolgendo i pazienti stessi, coordinare iniziative in tema di informazione e comunicazione ai pazienti. Il progetto prevede:

- 1) Sifo informa: materiale informativo
- 2) Sifo risponde: il servizio raccoglie e offre documentazione di qualità, comprensibile e aggiornata per rispondere a richieste

specifiche di informazione da parte del cittadino e paziente.(E' possibile contattare i farmacisti SIFO compilando un semplice form)

3) Sifo incontra: realizzazione di questionari on line che raccolgono i bisogni informativi e le aree di maggior interesse dei pazienti e cittadini.

4) Sifo qualità: realizzazione di customer satisfaction sui servizi offerti al paziente e cittadino dopo un anno di attività. La collaborazione con Cittadinanzattiva contribuisce a fornire il punto di vista e i bisogni dei cittadini.

### **Risultati attesi**

Maggiore coinvolgimento del paziente alla Sifo, maggiore centralità del paziente nelle attività della Sifo, miglioramento della qualità della cura. Miglioramenti in termini di salute e benessere: il paziente e cittadino (in)formato è partecipe delle scelte di cura e più consapevole delle proprie responsabilità, pone più attenzione ai sintomi delle malattie e alla loro diagnosi, guarda alla prevenzione e aderisce meglio alle terapie.

### **Risultati raggiunti**

Un banner in homepage ([www.sifoweb.it](http://www.sifoweb.it)), porta allo “spazio aperto ai cittadini” dove si possono scaricare i primi documenti informativi realizzati sui Farmaci Equivalenti e sul buon uso del Pronto Soccorso. Sono in via di pubblicazione schede informative per i farmaci dispensati in distribuzione diretta dalle Farmacie del SSN. La richiesta di informazioni sulla sindrome di Klinefelter ha dato il via a una collaborazione con la sezione Lombardia e Toscana dell'Associazione Klinefelter ASKIS Onlus.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto:** 10 mesi

**Costi complessivi del progetto:** €300

**n. 51 - Progetto:** Una Mano di Colore per l'HOSPICE

**Nome del servizio:** Pain Control Center Hospice di Solofra (AV)

**Indirizzo:** VIA Melito, 1

**Regione:** CAMPANIA **Provincia:** Avellino

**Comune:** Solofra **CAP:** 83029

**Telefono:** 082553034

**Azienda:** ASL

**Struttura:** Hospice

**Responsabile Progetto:** Elena De Vinco **Telefono**

**Email:** hospicesolofra@virgilio.it

**Data Inizio:** 10 Feb 2014

**Data Conclusione Prevista** 14 Apr 2014

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)? Si**

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti :** ASL Avellino e Comune di Solofra

**Area Trattata:** comfort e processi organizzativi, Trasparenza e partecipazione civica

**Categoria di appartenenza:** condizione delle strutture sanitarie, Partecipazione

**Individuo coinvolto:** persona affetta da patologia cronica, Maestri di Pittura in ambito nazionale

### **Descrizione sintetica del progetto**

Il Comune di Solofra e l'Asl Avellino, con la collaborazione dell'intero staff del "Pain Control Center" hospice di Solofra, hanno indetto il concorso di pittura dal titolo "Una mano di colore per l'Hospice". Nei tempi stabiliti, gli artisti hanno consegnato presso la casa comunale le opere approntate, che poi sono state trasferite e collocate all'interno dell'hospice, dove sono state catalogate ed esposte nella hall. Sono stati affissi diversi manifesti con il regolamento del bando nelle scuole, nei Comuni di Avellino e provincia, nelle farmacie, negli ospedali, nei distretti sanitari, all'interno dello stesso Hospice nei mesi di febbraio e di marzo 2014. Inoltre, la notizia del concorso di pittura è stata diffusa per mezzo di specifici comunicati stampa, internet, televisioni locali, elaborati dallo staff dell'Hospice. Ai visitatori è stata offerta la possibilità di esprimere la propria preferenza relativa a un quadro in esposizione a scopo consultivo in quanto la valutazione e quindi la scelta delle opere risultate in seguito vincitrici è stata affidata, così come previsto dal regolamento, ad una giuria di esperti.

## **Risultati attesi**

Perseguire le finalità delle Artiterapie come valido strumento per migliorare lo status emozionale dei pazienti afferenti in hospice ragion per cui l'equipe multidisciplinare del "Pain Control Center" di Solofra (AV) ha inteso organizzare ed attuare alcuni eventi ricreativi e culturali al fine di concretizzare i concetti espressi molto efficacemente dalla psichiatra svizzera Kubler-Ross, antesignana della psicotanatologia, affinché i malati terminali possano essere aiutati a vivere l'ineluttabilità della propria condizione in piena dignità.

## **Risultati raggiunti**

Le 34 opere pervenute, concesse per la generosità degli artisti, hanno contribuito ad arredare le stanze di degenza e gli spazi comuni presenti nella struttura conferendo "una mano di colore" allo stabile proprio come proposto dal titolo del concorso. L'evento ha avuto altresì lo scopo di armonizzare la vita all'interno di un centro per le cure palliative e la terapia del dolore, coinvolgendo pazienti, parenti ed equipe, così da contribuire alla creazione di un'atmosfera di partecipazione comune e meno "ospedalizzata".

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? No**

**Durata Progetto: 3 mesi**

**Costi complessivi del progetto: €900**

Note: Il costo complessivo è stato sostenuto interamente dal Comune di Solofra e corrisponde alla somma totale dei tre primi premi riconosciuti.

**n. 52 - Progetto: La rete di Teleconsulto strutturato Neurochirurgico**

Nome del servizio: Dipartimento Interaziendale delle Tecnologie Informative Sanitarie della Provincia di Vicenza Azienda ULSS n° 6 Vicenza

Indirizzo: CORSO Santi Felice e Fortunato, 227

Regione: VENETO Provincia: Vicenza

Comune: Vicenza CAP: 36100

Telefono: 0444752950

Azienda: ASL

Struttura: Altro Dipartimento Interaziendale Provinciale

Responsabile Progetto: Dr Giampaolo Stopazzolo

Email: giampaolo.stopazzolo@ulssvicenza.it

Data Inizio: 04 Lug 2008

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** comfort e processi organizzativi

**Categoria di appartenenza:** Rete Emergenza

**Individuo coinvolto:** professionisti sanitari

### **Descrizione sintetica del progetto**

La rete di Teleconsulto nasce da una mia idea sviluppata nel 2003 quando ero direttore Sanitario ad Arzignano. Ho avuto l'idea di creare una rete di telemedicina fra i 10 Ospedali della Provincia di Vicenza (circa 870.000 abitanti) che permetta di approcciare i casi legati a patologie gravi ed urgenti senza spostare il paziente quando possibile e spostando solo i dati. Obiettivo del progetto era la riduzione dei trasferimenti inutili dei pazienti, la riduzione dei ricoveri inappropriati ed il miglioramento del disagio per i pazienti ed i famigliari in seguito a trasferimento non necessario in altro Ospedale lontano dalla residenza. Oltre a ciò vi era anche l'obiettivo di velocizzare l'assessment clinico al fine di giungere ad una diagnosi pronta ed alla conseguente migliore terapia indipendentemente dalla posizione geografica del paziente. D'intesa con le Direzioni della 4 ulss della provincia viene fatta una richiesta di finanziamento alla Fondazione Cariverona per la creazione di una rete interspedaliera di telemedicina polivalente che potesse espletare diversi tipo di teleconsulto:

*Neurochirurgico*

*Ictus*

*Infarto*

Cariverona crede nel Progetto e aggiudica il finanziamento nel Dicembre del 2003: € 6.000.000,00. Dopo una fase di rifinitura il progetto parte nella sua progettazione e costruzione nell'ottobre del

2004. La fondazione Cariverona ci affianca Fondazione Nomisma ( di Bologna) come ente esterno per il monitoraggio del progetto. Io vengo nominato Responsabile del Progetto. Viene creato un gruppo di lavoro con i responsabili dei Sistemi informativi e delle Ingegnerie cliniche della Provincia di Vicenza. Lavoriamo sugli standard di comunicazione in tema di radiologia, cardiologia e referti di laboratorio. Premetto che allora ancora non esistevano reti allargate di telemedicina e che vi era una scarsa comunicabilità fra attrezzature di merce diverse. Convochiamo i maggiori produttori mondiali di tecnologie per confrontarci con loro sui temi dell'interoperabilità fra sistemi diversi e per condividere con loro le future soluzioni di un progetto fino ad allora mai realizzato. Da allora ogni tre mesi fino all'avvio del progetto vengono eseguite sedute di monitoraggio con Fondazione Nomisma. Il finanziamento viene utilizzato non solo per il Teleconsulto ma per rendere omogeneo il livello di digitalizzazione delle quattro ulss. Vengono infatti acquisite le tecnologie necessarie per la completa digitalizzazione delle 4 radiologie e delle 4 cardiologie della Provincia di Vicenza. Dal gennaio del 2005 fino al giugno del 2007 vengono espletate ,all'interno di un accordo con l'ente finanziatore, circa 30 gare per l'acquisizione delle tecnologie ed una gara provinciale ( capofila Vicenza) per l'acquisizione del sistema Step. Nel luglio del 2007 il sistema Step viene positivamente collaudato. E' il primo sistema di teleconsulto polispecialistico strutturato in Italia. Si parte con il Teleconsulto neurochirurgico.

La caratteristiche che lo rendono unico sono:

Firma digitale sia in richiesta che in risposta del teleconsulto



Marca temporale digitale: tutti i passaggi del teleconsulto vengono temporalmente marcati senza possibilità di modifica retroattiva

Gestore centrale esterno: tutte le transazioni ( come avviene nelle Banche) vengono gestite ed archiviate conservando per ogni teleconsulto: i dati clinici, la Tac, i dati del paziente, del medico e della struttura richiedente, del medico e della struttura rispondente

Archiviazione legale sostitutiva: i dati digitali sono legalmente accettabili , già allora in linea con quello che avrebbe previsto il decreto Digitalia nel Dicembre del 2012. Viene fatta la formazione di circa 200 medici della quattro Ulss per i seguenti reparti:

*Pronto Soccorso*

*Terapia Intensiva*

Neurologia Il 4 luglio del 2008 viene eseguito il primo teleconsulto neurochirurgico (tlc Il Costo del progetto per la parte del teleconsulto € 1.400.000,00)

## **Risultati attesi**

Riduzione dei trasferimenti inutili verso il Presidio Ospedaliero Hub di Vicenza con conseguente risparmio economico  
Riduzione dei ricoveri inappropriati presso il reparto dei Neurochirurgia di Vicenza con conseguente risparmio economico  
Miglioramento della compliance dei pazienti in relazione ai minori trasferimenti  
Esecuzione di un assessment clinico con lo specialista di riferimento indipendentemente dalla posizione geografica del paziente

## **Risultati raggiunti**

L'ULSS di Arzignano parte nel 2008. L'ULSS di Bassano si aggrega nel gennaio 2009 e l'ULSS di Thiene nel luglio del 2012. Da allora al 30 Settembre 2014 di quest'anno vengono eseguiti 3271 teleconsulti. L'incremento annuo è importante. Ora l'attività è divenuta un Servizio routinario attivo 7 gg su 7 365 giorni all'anno con una media di 850 teleconsulti neurochirurgici/anno. Prima dell'avvento del Teleconsulto (tlc) i pazienti con trauma cranico midollare ed i pz con emorragia cerebrale venivano quasi tutti trasportati presso la Neurochirurgia di Vicenza, oppure veniva spedito con l'ambulanza il cd con la Tac a Vicenza. La conseguenza economica del TLC traggono origine da una diagnosi condivisa, rapida ed appropriata ed indipendente dalla localizzazione in Provincia del Paziente. Ciò permette di evitare i trasporti non necessari ed i ricoveri inappropriati. Dall'inizio dell'esperienza sino sono risparmiati 4000 trasporti ( e 2.000.000) e 2000 ricoveri inappropriati ( risp€ 14 mil.)

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà? Si,**  
Nelle altre Provincie del Veneto

**Durata progetto: 75 mesi**

**n. 53 - Progetto: Psoriasi e Sindrome Metabolica**

Nome del servizio: UO Dermatologia e Dermochirurgia

Indirizzo: CONTRADA Amoretta, 1

Regione: CAMPANIA Provincia: Avellino

Comune: Avellino CAP: 83100

Telefono: 0825203869

Azienda: Azienda Ospedaliera

Struttura: Ospedale

Responsabile Progetto: Felice Rotondi Aufiero- Giuseppe Castaldo

Email: fraufiero@libero.it

Data Inizio: 02 Mag 2014

Data Conclusione Prevista 31 Ott 2015

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** Presa in carico

**Categoria di appartenenza:** Ospedale

**Individuo coinvolto:** paziente psoriasico

## Descrizione sintetica del progetto

Secondo la National Psoriasis Foundation-2009, nei pazienti con psoriasi: 1/3 sviluppa ARTRITE PSORIASICA, 70% sono obesi, 33% sono ipertesi, 28% manifestano altre malattie infiammatorie (es. M. di Crohn), 24% presentano ipercolesterolemia, 11% sono diabetici. Diversi studi, nazionali ed internazionali, hanno dimostrato l'associazione della psoriasi a: Sindrome metabolica Iperomocisteinemia, patologie cardio-vascolari, steatosi epatica, M. di Crohn Ansia/depressione. Secondo alcuni studi sembrerebbe esservi una maggior prevalenza di Sindrome Metabolica (o delle sue componenti) nei pazienti affetti da psoriasi rispetto alla popolazione generale. Diversi studi hanno inoltre dimostrato che l'obesità favorisce lo sviluppo della Psoriasi - nei pazienti con psoriasi i BMI sono più elevati - VAT (Visceral Adipose Tissue) più elevato nei pazienti con psoriasi e che la prevalenza della sindrome metabolica è maggiore nel sottogruppo di pazienti con psoriasi grave rispetto ai pazienti con psoriasi moderata.

Da quanto esposto si evince, però, che poco chiaro resta il nesso temporo-causale. E' l'obesità a seguire cronologicamente l'insorgenza della psoriasi oppure l'aumento di BMI è imputato come fattore di rischio per l'insorgenza di psoriasi? Nel trattamento e controllo della psoriasi, l'alimentazione gioca un ruolo molto importante. Come si evince da alcuni articoli, il PASI si abbassa in seguito all'adozione di regimi dietetici ipocalorici e di regimi dietetici ipocalorici associati a 3-PUFA (polyunsaturatedfattyacids). A differenza di diete ipocaloriche (per esempio dieta mediterranea, dissociata, proteica ecc...) in grado di ridurre parzialmente l'insulino-resistenza, l'adozione di una terapia nutrizionale mirata, quale quella proposta dal nostro progetto, è in grado di agire in

misura maggiore sull'insulino-resistenza, abbattendola, con conseguente riduzione del grasso e miglioramento della psoriasi. I pazienti psoriasici sono valutati presso la U.O.C. di Dermatologia e Dermochirurgia della A.O.R.N. "San G. Moscati" di Avellino e, se obesi e con disturbi metabolici, consecutivamente assegnati alla U.O.S.D. di Dietologia e Nutrizione Clinica della A.O.R.N. "San G. Moscati" di Avellino per presa in carico in DH, al fine di somministrare la terapia nutrizionale mirata e approfondire la diagnostica laboratoristica e strumentale.

**Risultati attesi:** miglioramento della malattia psoriasica e mantenimento della terapia in atto con farmaco biologico.

**Risultati raggiunti:** miglioramento della malattia psoriasica e mantenimento della terapia in atto con farmaco biologico

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?**      Si

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?**No

**Durata Progetto:** 5 mesi

**Costi complessivi del progetto:**      0

**Note:** Percorso istituzionale.

**n. 54 - Progetto:**      Risultati di indagini ripetute sulla qualità percepita quale strumento per l'individuazione delle azioni di miglioramento in un pronto soccorso della periferia romana

**Nome del servizio:**      ASL Rm B Policlinico Casilino Pronto Soccorso

Indirizzo: VIA Casilina , 1049  
Regione: LAZIO Provincia: Roma  
Comune: Roma CAP: 00169  
Telefono: 0623188430  
Azienda: ASL  
Struttura: Ospedale  
Responsabile Progetto: Adolfo Pagnanelli  
Email: adolfo.pagnanelli@aslromab.it

Data Inizio: 11 Gen 2015

Data Conclusione Prevista 15 Apr 2015

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** No

**Area Trattata:** relazione, comfort e processi organizzativi, presa in carico, trasparenza e partecipazione civica

**Categoria di appartenenza:** accesso ai servizi / trasparenza, comportamenti, chemioterapia e radioterapia, condizione delle strutture sanitarie, liste di attesa, Informazioni / segnalazioni, partecipazione, pronto soccorso, riservatezza e privacy

**Individuo coinvolto:** anziano, bambino, persona con disabilità, immigrato, adolescenti, genitori, donna, professionisti sanitari, persona con sofferenza mentale, persona affetta da patologia cronica, dipendenze

## Descrizione sintetica del progetto

La qualità percepita nel Servizio Sanitario è un parametro fondamentale per valutare il grado di apprezzamento che l'utente ha rispetto a un servizio offerto. Essa è prevalentemente legata ad aspetti di accessibilità intesa come raggiungibilità, accettazione immediata, tempi di attesa accettabili, aspetti relazionali quali la disponibilità e cortesia, l'accoglienza, attenzione ai bisogni e ad aspetti di contorno quali, per esempio, il comfort, l'igiene, la presenza di monitor e distributori di bevande. I questionari sono stati raccolti in un periodo particolarmente critico per i servizi di PS, come si poteva evincere dal notevole risalto sulla stampa per i problemi del sovraffollamento. Se infatti l'attesa media è stata nel periodo sovrapponibile alla media del 2014, 44 minuti, il tempo di intervento, inteso come durata della valutazione medica, è stato di 532 minuti, ben 82 m in più rispetto alla media del 2014 che era di 450. E' ipotizzabile che questa situazione di criticità abbia pesato sui giudizi degli utenti. La lettura e l'utilizzo dei dati sulla qualità percepita dall'utenza dovrebbe appartenere alla consuetudine professionale degli operatori e la centralità dell'utente deve assumere un ruolo determinante del cambiamento in sanità. In questa ottica si inserisce la rilevazione della soddisfazione degli utenti e dei pazienti relativamente al Pronto Soccorso del Policlinico Casilino, compiendo un'indagine valutativa su un campione di 626 utenti che hanno avuto accesso nel periodo in esame, volendo individuare gli elementi del servizio che possono essere migliorati per garantire una più adeguata assistenza e comparare inoltre i risultati emersi nell'anno 2014 con quelli degli anni precedenti, 2009 con un campione di 670 utenti, e 2011 con un campione di 691 utenti. Nel presente lavoro sono sintetizzati i risultati dell'indagine di qualità percepita condotta su un campione di

popolazione casuale rappresentativo dei pazienti afferiti al Pronto Soccorso dall'11 al 22 Dicembre 2014, questi sono stati posti a confronto con quelli delle precedenti indagini. Si è deciso di utilizzare come strumento di indagine un questionario in quanto tale strumento si presta con sufficiente rapidità e semplicità ad indagare le variabili ritenute significative. Gli item indagano la qualità del servizio offerto in emergenza facendo particolare riferimento alle modalità di ricovero, tempi di attesa, accoglienza, informazioni ricevute dal personale sull'organizzazione della struttura (Codice colore, informazioni su un parente, ...), aspetti strutturali e alberghieri (Comfort della sala, pulizia, servizi igienici), grado di professionalità gentilezza riservatezza e attenzione ai bisogni (valutati medici, infermieri, ausiliari OSS), informazioni ricevute sullo stato di salute e sulle cure prestate ( diagnosi, terapie da seguire a casa, informazioni sui controlli successivi). Il questionario termina con una richiesta specifica al paziente sugli elementi che ha maggiormente apprezzato e che dovrebbero secondo lui essere migliorati. La compilazione del questionario è su base volontaria, viene compilato in forma anonima da pazienti, familiari o accompagnatori nel massimo della riservatezza al momento della dimissione o in attesa di visita. I questionari sono stati realizzati distribuiti e raccolti dai Volontari del Servizio Civile in turno 8.00-20.00 che hanno collaborato alla loro stesura ed hanno curato l'elaborazione dei risultati. Il questionario si compone per la maggior parte di domande chiuse o precodificate le cui modalità di risposta sono predefinite e misurate su scala Likert e di alcune domande aperte, le cui modalità di risposta non sono state previste quindi senza vincoli nelle risposte.

**Risultati attesi:** lo scopo dell'indagine consiste nell' avere un riscontro della variazione dell'esperienza vissuta dall'utente dal



2009 al 2014 presso il nostro PS, dall'accettazione al momento della dimissione, relativa ai vari campi di intervento analizzati quali: tempi di attesa, grado di professionalità del personale di PS, gentilezza, riservatezza e rispetto alla privacy , interesse dimostrato verso i bisogni del paziente, grado di informazione sul percorso di cura alle dimissioni, ecc.

## **Risultati raggiunti**

Il dato che risalta maggiormente riguarda l'utenza che in particolare dal 2011 si riteneva molto soddisfatta mentre nel 2015 si ritiene abbastanza soddisfatta, mettendo in luce un peggioramento dell'esperienza in PS. I tempi di attesa sono migliorati leggermente dal 2009 al 2015 mentre quelli di intervento si sono allungati in maniera significativa. In effetti in questi anni si è verificato un cambiamento nelle aspettative e dei bisogni dell'utenza, forse legato anche alla crisi sociale ed economica, dimostrato dal fatto, evidenziato dai media, di una maggior sofferenza delle strutture di Pronto Soccorso nel Lazio pur in presenza di un calo di accessi progressivo. Possiamo dunque ipotizzare che il calo del gradimento sopra citato sia dovuto in larga parte all' aumento dei tempi di intervento visto che quelli di attesa sono rimasti quasi del tutto invariati, in una delle pochissime realtà in cui , in controtendenza col resto della Regione, c'è stato incremento degli accessi.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti? Si**

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** Sì,  
nel 2015 il questionario è stato somministrato presso l'Ospedale  
Sandro Pertini ASL RMB

**Durata Progetto:** 4 mesi

**Costi complessivi del progetto:** €200

**n. 55 - Progetto:** Il Pronto Soccorso vive il proprio territorio e ne  
assume i bisogni specifici come obiettivi. Per questo si organizza  
per dare **Accoglienza e Supporto alle Fragilità, Riconoscere e  
Tutelare Vittime della Tratta**

**Nome del servizio:** ASL ROMA B POLICLINICO CASILINO

**Indirizzo:** VIA CASILINA, 1049

**Regione:** LAZIO **Provincia:** Roma

**Comune:** Roma **CAP:** 00169

**Telefono:** 0623188430

**Azienda:** ASL

**Struttura:** Ospedale

**Responsabile Progetto:** ADOLFO PAGNANELLI

**Email:** apagnanelli55@gmail.com

**Data Inizio:** 01 Apr 2014

**Data Conclusione Prevista** 31 Dec 2016

**Coinvolgimento di organizzazioni civiche e di tutela del diritto alla salute (specificare se si tratta di Cittadinanzattiva)?** Sì

**Tipologia di coinvolgimento e soggetti coinvolti:**

1- Associazioni che operano nei Centri di Accoglienza per definire modalità di sostegno condiviso all'accesso in Pronto Soccorso

2- Servizio Civile Nazionale col Progetto Emergenza Accoglienza che ha coinvolto 4 operatori in iniziative di accoglienza e sup

**Area Trattata:** relazione, presa in carico

**Categoria di appartenenza:** accesso ai servizi / trasparenza, Pronto soccorso

**Individuo coinvolto:** immigrato, Anziano

**Descrizione sintetica del progetto**

Il Policlinico Casilino è collocato tra V e VI Municipio di Roma. Si tratta di zone caratterizzate da vaste aree di disagio sociale, con popolazione giovane, ma elevato numero di anziani assistiti dai servizi sociali, fenomeni di delinquenza e alti tassi di disoccupazione. C'è inoltre una presenza elevatissima di stranieri che rappresentano nel VI Municipio il 18,5% della popolazione, mentre nella città sono il 12,5%, i Rumeni sono l'8,5% degli abitanti, vi risiedono oltre la metà dei Nigeriani della città e, nel V Municipio vivono oltre 1/4 dei Cinesi di Roma. Negli ultimi tempi si è aggiunto l'insediamento in zona di numerosi centri di accoglienza per più di 2000 rifugiati e due grandi strutture occupate da Eritrei e Somali. Il risultato è che il 20% degli accessi al nostro PS è costituito da stranieri, 26% nel box ginecologico, che nell'Ospedale

sono più di 700 i parti di donne straniere. La lettura attenta di questa realtà, ci ha portati a ridefinire il nostro modo di lavorare per tentare di dare risposte alla domanda e ad individuare ed interpretare anche i bisogni inespressi, che sono quindi sicuramente non soddisfatti. Questo ha significato ridefinire la mission, acquisire le conoscenze per il riconoscimento di alcune condizioni (vittime di violenza, di genere o su minori, esseri umani oggetto di tratta, immigrati in condizioni di particolare fragilità), dotarsi di strumenti operativi nuovi ed innovativi, costruire una rete di contatti con chi opera in questi ambiti. E' un percorso di cui abbiamo acquisito consapevolezza nell'ultimo anno, ma frutto di una sensibilità che ci ha portato alcuni anni fa ad intervenire sul tema delle vittime di violenza di genere, con un progetto formativo, con Telefono Rosa, che nel 2009 ha coinvolto Medici ed Infermieri del PS ed ha condotto all'elaborazione di un Protocollo per la gestione dei casi di Donne vittime di Violenza (Mariposa), proseguito con incontri con i colleghi del Bambin Gesù per meglio individuare le situazioni spesso misconosciute di violenza sui minori. Negli ultimi anni, a partire dal 2012 è stato fatto un percorso formativo, in collaborazione con la cooperativa PARSEC e lo sportello Roxane del Comune di Roma che intervengono in questo settore, sul tema degli esseri umani oggetto di tratta. Su questi argomenti il PS del Policlinico Casilino ha acquisito esperienza e credibilità tanto da essere chiamato a collaborare, insieme a Psicologhe e Assistenti Sociali del Serv. Ass. Pazienti dell'Ospedale, in percorsi formativi di carattere nazionale prima con Telefono Rosa, poi con la ASL Rm D ed infine con l'INMP (Ist. Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà). Con questo progetto vogliamo consolidare la capacità di risposta a queste specifiche domande che ci vengono dal territorio a

partire da una ridefinizione della nostra mission così declinata: “Il Pronto Soccorso vive il proprio territorio e ne assume i bisogni specifici come obiettivi. Per questo si organizza per dare Accoglienza e Supporto alle Fragilità, Riconoscere e Tutelare Vittime della Tratta.” Nel Luglio riunione con Associazioni che gestiscono Centri di Accoglienza e da allora gli utenti giungono al PS con una scheda informativa e spesso con un Mediatore Culturale. Da circa un anno abbiamo acquisito la possibilità di avere a disposizione interpreti in 101 lingue, attraverso un Servizio di Interpretariato Telefonico che in 2-3 minuti ci mette in contatto con gli interpreti. Attraverso una doppia cornetta telefonica le domande del Medico e le risposte del paziente vengono tradotte. Questo sistema trova frequente utilizzo non solo in Pronto Soccorso, ma anche in Sala Parto e nei Reparti. Ma le barriere spesso non sono solo linguistiche: il Medico che prescrive farmaci o da indicazioni di comportamenti senza tener conto del substrato culturale e delle condizioni di vita reali di questi pazienti fa un pessimo lavoro! Per questo stiamo per iniziare ad utilizzare un servizio online che traduce le ricette, compreso dosaggio e modalità di somministrazione in 14 lingue. Vogliamo che terapie e comportamenti consigliati siano resi compatibili con le condizioni di vita reali dei pazienti. Ad esempio nella gestione della scabbia abbiamo previsto modalità di gestione in PS particolari ed indicazioni diverse per quanti hanno un disagio abitativo (homeless. Centri di Accoglienza).

## **Risultati attesi**

Condividere con tutto il personale strategie di accoglienza e supporto alle persone fragili. Condividere conoscenze e tecniche di comportamento che consentano l'individuazione di situazioni lesive della dignità umana (costrizioni, violenze) anche non dichiarate come di frequente avviene nella violenza su minori, di genere e nelle condizioni di vittime di tratta. Facilitare l'accesso e la fruizione del servizio anche a stranieri condizionati da barriere linguistiche e culturali, rendendo possibile fornire assistenza di buona qualità anche in queste situazioni, sia attraverso un contatto strutturato con associazioni che assistano questi soggetti, sia dotandosi di strumenti idonei a questo scopo.

## **Risultati raggiunti**

Dopo le fasi di informazione e formazione del personale avvenute in collaborazione con Associazioni con particolare esperienza nei vari settori (Telefono Rosa, Parsec etc) è cresciuta la capacità di individuare situazioni in passato misconosciute: per quanto riguarda le vittime di tratta si è passati da 4 segnalazioni alle Psicologhe e Ass Sociali del SAP dal 2009 al 2012, a 8 casi in meno di un anno! Il contatto con quanti gestiscono i Centri di Accoglienza ci consente di avere più informazioni sulla storia dei pazienti partendo da quelle raccolte presso i Centri di norma dotati di proprio servizio medico.

**E' stato utilizzato un metodo per la misurazione dei risultati ottenuti?** No

**Il progetto è stato realizzato come modello anche in altre realtà?** Sì, l'utilizzo dell'interpretariato telefonico è stato fatto proprio

dall'Ospedale S. Pertini ed è in via di implementazione in altre realtà.

**Durata Progetto:** 21 mesi

**Costi complessivi del progetto:** €6000